

PÁGINA DE CRÉDITOS

Obra subvencionada por el Fondo Social de la Unión Europea y la Junta de Andalucía
(Consejería de Educación y Ciencia).

ISBN: 84-609-3113-7

ARTETERAPIA. PRINCIPIOS Y ÁMBITOS DE APLICACIÓN

Coord.: Pilar M^a Domínguez Toscano

ÍNDICE

I PARTE

Principios teóricos, históricos y formativos

1. EL MASTER EN ARTE TERAPIA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA
Carles Ramos i Portas
2. EL ARTE COMO TERAPIA EN ESPAÑA
Marián López Cao y Noemí Martínez
3. EL MITO DEL ARTISTA Y LA LOCURA
Julio Romero Rodríguez
4. ARTETERAPIA Y SALUD MENTAL; LOCURA Y ARTE
Inmaculada González Fernández
5. MUSICOTERAPIA COMO ARTETERAPIA
Mariano Betés de Toro
6. LOS TESTS PROYECTIVOS (PRE-TRATAMIENTO) Y SU ADAPTACIÓN AL INDIVIDUO
Jorge Hernández Becerra
7. INVESTIGACIÓN EN ARTETERAPIA
Pilar M^a Domínguez-Toscano

II PARTE

Ámbitos de aplicación

8. EL ARTETERAPIA EN LA ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA DEL NIÑO HOSPITALIZADO
Maite Gata Amaya
9. DESCUBRIMOS LA FUNCIÓN TERAPÉUTICA DEL ARTE: ARTETERAPIA
Yolanda Torrado Sánchez
10. INTERVENCIÓN EN ÁMBITOS DESFAVORECIDOS Y ARTETERAPIA
M^a del Mar González Barroso y Francisco José García Moro

III PARTE

Experiencias

11. EL ARTE DE LA INSTROSPECCIÓN
Elvira Gutiérrez Rodríguez
12. MUSICOTERAPIA Y EDUCACIÓN
Elena Goicoechea Calderero
13. EL ARTETERAPIA EN LOS PLANES DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS DE
EDUCACIÓN: PROPUESTAS, EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES
Javier Abad Molina
14. EL VALOR DEL ARTE Y DEL DIBUJO COMO TERAPIA Y DETECCIÓN DEL
MALTRATO EN LA INFANCIA
Beatriz López Romero
15. ARTETERAPIA CONTRA LA MARGINACIÓN SOCIAL
Dolores Callejón Chinchilla
16. EL LENGUAJE DEL CORAZÓN: PERFORANDO LOS MUROS DEL
AUTISMO
Maribel Fernández Añino

AGRADECIMIENTOS

Ha sido una experiencia cálida y singularmente enriquecedora contactar con cada una de las personas que comparten la autoría de este libro. Al tener la oportunidad de dar luz a sus textos, sentí la enorme alegría y el honor de ser puente para que ideas útiles, valiosas y originales alcancen su destino. Gracias a todos los autores por la generosa respuesta con que han acogido esta iniciativa.

La financiación de la presente edición se debe al Fondo Social de la Unión Europea y la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía, a través del Plan Andaluz de Investigación. Nuestro reconocimiento a la sensibilidad por estos organismos demostrada aportando el necesario apoyo financiero.

Y gracias a ti, lector. Sin la mirada que recorre estas páginas, el esfuerzo sumado de más de veinte personas carecería de sentido. Es tu acercamiento el que afirma este pacto de comunicación diferida que nos involucra a todos, lectores y autores, en un proyecto común: facilitar que el arte haga lo que puede hacer por la sociedad. No es poco.

PREFACIO

El libro que tienes en tus manos es el resultado del esfuerzo cooperativo, las reflexiones y el entusiasmo de los investigadores y arteterapeutas que comparten su autoría.

Esta disciplina, cuyo desarrollo en España tiene ante sí un estimulante camino por recorrer, vive momentos de construcción en medio de una bullente proliferación de enfoques teóricos y orientaciones prácticas no siempre coincidentes. En esta situación, se hace especialmente útil todo trabajo encaminado a ofrecer panorámicas estructuradas, fiel a la diversidad real de perspectivas y libre de visiones localistas.

Desde que a mediados del siglo XX se extendieran las prácticas arteterapéuticas en los contextos sanitario y educativo, no han parado de diversificarse y ampliarse sus ámbitos de aplicación. Hoy encontramos un uso flexible y adaptado a los múltiples requerimientos de una sociedad que demanda, cada vez más, aprender a canalizar personalizada y constructivamente su vida emocional. Así, un mosaico heterogéneo de situaciones ha suscitado marcos receptivos a la intervención arteterapéutica, desde su proyección en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas, trastornos psicológicos o actuando paliativamente sobre el impacto psicosocial de enfermedades físicas graves o crónicas, hasta su función en el ámbito social (cárceles, minorías étnicas, grupos marginados, niños y ancianos internados en instituciones de acogida, afectados por la violencia familiar, la drogadicción o el alcoholismo, etc).

La creciente intensificación de la función social sugiere que, más acá de la acción paliativa, la arteterapia puede y debe rentabilizar su efecto preventivo interviniendo en el contexto escolar. Los mismos principios que justifican aplicar arteterapia a trastornos severos de la personalidad o la conducta, sirven también para argumentar su utilidad como medida profiláctica para desajustes emocionales o alteraciones conductuales menores. Pero, avanzando más, la dimensión formativa de la arteterapia trasciende su utilidad en la detección precoz y la compensación correctiva de perturbaciones que suelen aparecer en la escuela (hiperactividad, escasa concentración, baja autoestima, problemas con el lenguaje verbal o desajuste social): sobre todo, nos compromete a todos con el objetivo de capacitar al individuo para gestionar constructivamente sus emociones, profundizar en el autoconocimiento y el autodomínio, aprender a tomar decisiones razonadas y encauzar creativamente su energía al servicio de la sociedad.

De *arteterapia* encontraremos múltiples definiciones. Si bien la triangularidad básica de las relaciones que sostienen la acción arteterapéutica parece concitar la máxima convergencia de opiniones, no siempre es equilátero ese triángulo que ilustra el sistema sujeto-obra-arteterapeuta. Quienes destacan que la arteterapia es fundamentalmente una modalidad psicoterapéutica, enfatizan en la función imprescindible que desempeña el arteterapeuta. Por el contrario, quienes subrayan el valor propio del proceso-producto artístico admiten la posibilidad de una arteterapia sin arteterapeuta, fronteriza con la terapia ocupacional. Existen otros campos menores de divergencia: la amplitud del concepto (si abarca todas las modalidades artísticas o sólo las artes visuales), o el género (unos hablan de la arteterapia, otros, del *arteterapia*). Todo ello invita a adoptar, precisamente en esta fase estructural del desarrollo de la disciplina, una óptica globalizadora.

Este libro ofrece un panorama de los aspectos más destacados de la teoría y la práctica arteterapéutica. La *Parte I* se dedica a los *Principios teóricos, históricos y formativos*. Por la importancia que entraña la adecuada profesionalización del arteterapeuta, abordamos en primer lugar la formación del mismo en España, tema tratado por Carles Ramos i Portas,

coordinador del primer master de arteterapia ofertado en nuestro país, impartido por la Universidad de Barcelona, y director del Centre D'estudis d'Art Teràpia Metàfora. Un año después la Universidad Complutense de Madrid organiza un master de arteterapia, aquí presentado por sus directoras Noemí Martínez Díez y Marián López Cao. Dentro de la cuestión formativa, aparecen las aportaciones de profesores que, procedentes de distintas universidades, imparten la asignatura de arteterapia en Primer, Segundo o Tercer Ciclo, describiendo los fundamentos de la misma y sobre todo sus vivencias en el aula: así los capítulos de Elena Goicoechea Calderero (musicóloga y profesora de musicoterapia en la Universidad de Huelva), Javier Abad Molina y Beatriz López Romero (ambos profesores de Educación Plástica y Visual en el Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle, de Madrid), los tres incluidos por su visión práctica en la *Parte III*, dedicada a *Experiencias*. Los principios psicológicos que sustentan la eficacia de la intervención arteterapéutica y la tradicional vinculación entre arte y locura, es el asunto abordado por el psicólogo, doctor en Bellas Artes y profesor en la Universidad Complutense de Madrid Julio Romero Rodríguez, y por la psicopedagoga Inmaculada González Fernández. Las funciones diagnóstica y terapéutica de la imagen creada avanzan paralelamente, aspecto que es tratado por el psicopedagogo Jorge Hernández Becerra. Resituar los conceptos de arteterapia y musicoterapia atendiendo a sus zonas de intersección, complementariedad e independencia es la problemática tratada por el experto en musicoterapia, doctor en medicina, psiquiatra y psicólogo, Mariano Betés de Toro, profesor de la Universidad de Alcalá de Henares. Se cierra la I Parte con una revisión de la investigación reciente en arteterapia.

Tratando sistemáticamente la aplicación de estos principios a distintos ámbitos específicos de actuación (*II Parte*), encontramos tres rigurosas aportaciones: las de Maite Gata Amaya (sobre la participación de la arteterapia en las aulas hospitalarias), y las de Yolanda Torrado Sánchez, M^a del Mar González Barroso y Francisco José García Moro (afrontando la problemática de cómo utilizar terapéuticamente la experiencia artística con niños procedentes de ambientes desfavorecidos).

En la *Parte III* dedicada a *Experiencias*, Elvira Gutiérrez Rodríguez, psicoterapeuta y doctora en Bellas Artes, nos ofrece una visión de su experiencia pionera como arteterapeuta y directora de un Centro de Arteterapia con enfoque gestáltico. La arteterapeuta y doctora en Bellas Artes, directora del Centro de Arteterapia Cre-arte en Sevilla, Dolores Callejón Chinchilla, presenta su actuación con escolares de las zonas social y económicamente más deprimidas de la capital hispalense. Culmina el conjunto la perspectiva aportada por la arteterapeuta Maribel Fernández Añino, en su rica trayectoria de trabajo con autistas.

En conjunto, una selección de expertos en la materia nos entregan los resultados de su vivencia, su investigación y reflexión sobre los fundamentos y la aplicabilidad de la arteterapia.

Una mirada a la producción bibliográfica sobre arteterapia muestra que esta disciplina ocupa ya un lugar propio en la investigación artística, psicológica, educativa y médica a nivel mundial. En este país, a pesar del creciente interés que despierta, existe una llamativa laguna en cuanto a libros publicados en nuestra lengua sobre el tema, siendo los encontrados en su mayoría traducciones.

El libro que estás leyendo es el primero específicamente sobre arteterapia realizado por autores españoles destacados por su trayectoria en distintos ámbitos de la práctica, la formación y la reflexión sobre arteterapia, y representativos de la diversidad de orientaciones teóricas hoy dominante. De amena lectura a pesar de la densidad de sus contenidos, quiere servir de

pórtico de entrada para atraer la atención del curioso, retener al interesado y satisfacer las exigencias del entendido en la materia. Por todos y para todos ellos, vaya este esfuerzo colectivo impulsado por la ilusión de ver que la arteterapia alcanza, también en nuestro entorno, el reconocimiento que merece. Inauguran estos autores una tradición bibliográfica que algún día —que deseamos próximo— dará el fruto esperado. En beneficio de todos.

(N. del Ed.: Se ha respetado la asignación de género que cada autor/a hace al término arteterapia)

EL MASTER EN ARTE TERAPIA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

Carles Ramos i Portas

Sumario

En este capítulo se presenta la formación de postgrado en arteterapia de la Universidad de Barcelona. Se contextualiza el curso en base a la situación española, se expone la orientación teórica del Master y su metodología y se presentan de forma resumida los principales contenidos

Summary

This chapter introduces the postgraduate MA training in art therapy that is being run at the University of Barcelona. The course is contextualized within the Spanish situation. The theoretical orientation of the MA is presented jointly with a brief explanation of all the subjects and contents of the course.

Precedentes

En Octubre del 1999 con el nombre “Master en arte terapia, aplicaciones psicoterapéuticas de la práctica artística” la Universidad de Barcelona inauguraba el primer curso de esta disciplina del Estado Español.

El Master fue diseñado en colaboración por dos arteterapeutas formados en el Goldsmiths’ College de la Universidad de Londres, Joaquim Català y yo mismo, así como un especialista en pedagogía del arte, el Dr. José M^a Barragán, profesor titular de la Facultad de Bellas Artes. El Dr. Barragán fue la persona designada por la Universidad de Barcelona para dirigir el curso.

Antes de volver a España, Joaquim Català y yo tuvimos la oportunidad de trabajar como arteterapeutas en centros de la Seguridad Social Británica durante varios años. Trabajar en Inglaterra durante un tiempo nos dio la ocasión de comprobar como se había desarrollado el arteterapia en ese país. Pudimos ver como se había consolidado el arteterapia como una profesión complementaria a la medicina dentro de los sistemas sanitario y educativo.

Al volver a nuestro país nos encontramos con una situación bien distinta, si bien en Gran Bretaña nadie podía hacer uso de la denominación art therapist (arteterapeuta) excepto aquellos que habiendo cursado una formación reglamentada y que pertenecían a su vez a la asociación nacional de arteterapia (BAAT), en España, un sin numero de personas con escasa formación o sin entrenamiento alguno estaban ejerciendo bajo este mismo apelativo. Lo que nosotros entendíamos por arteterapia se fundamentaba en una tradición teórica y experimental demostrada, lo que nuestros colegas españoles estaban

haciendo se fundamentaba casi únicamente en su propia experiencia o en el mejor de los casos, en los textos en Inglés a los que hubieran tenido acceso.

Bajo estas circunstancias, nos dimos cuenta que en realidad el proyecto de iniciar un Master en arte terapia iba de la mano con la introducción en el país de una nueva profesión. Como y de que forma iba a ser recibido nuestro trabajo en el conjunto del Estado y como íbamos a lograr que el arteterapia fuera reconocida por lo que es y no por lo que no es, eran preguntas a las que no teníamos respuesta.

Lo que sí sabíamos por experiencia propia, era que ejercer como arteterapeutas junto a otros profesionales de la salud exigía una serie de conocimientos y un nivel de responsabilidad que nuestro colegas arteterapeutas españoles por el momento carecían.

Para trabajar como arteterapeuta no es suficiente poseer conocimientos en artes plásticas o en educación, ni siquiera lo es estar familiarizado con los conceptos generales de la psicología clínica. El diseño del currículo del Master debía tener en cuenta que la mayor parte de los futuros estudiantes provendrían de licenciaturas más o menos lejanas a la salud como las Bellas Artes o las Ciencias de la Educación con poca o ninguna experiencia laboral en el campo asistencial. Incluso los licenciados en psicología en España poseen un nivel muy elemental en psicología clínica aplicada o psicoterapia. Así pues, no bastaba con impartir conocimientos teóricos en arteterapia o en psicología. Para impartir teoría de arteterapia no es necesario ser arteterapeuta, para enseñar los preceptos básicos de la psicología clínica no es necesario ser psicoterapeuta, basta con haber leído lo suficiente y tener capacidad para transmitirlo. Sin embargo para enseñar algo tan práctico como es la psicoterapia era del todo imprescindible que los profesores del curso poseieran también conocimientos clínicos suficientes como para poder guiar a sus futuros alumnos. Si la mejor persona para enseñar arquitectura es un arquitecto, la mejor para enseñar arteterapia es un arteterapeuta.

También era un objetivo del Master formar en España a profesionales que pudieran equipararse a sus colegas de otras partes del mundo y que por consiguiente, pudieran ejercer más allá de nuestras fronteras. Tarde o temprano la homologación de todas las profesiones que se enseñan en contextos universitarios en la Unión Europea será una realidad y con ello la libre circulación de profesionales. Queríamos prepararnos para esta esperada eventualidad.

Por estas razones consideramos que el diseño de un curso de estas características tenía que tener en cuenta tres puntos esenciales:

- 1/ El currículo del curso debería ser diseñado y llevado a término por arteterapeutas con experiencia clínica suficiente y formación específica en arteterapia.
- 2/ El Master debería seguir criterios homólogos a los cursos de formación en arteterapia de aquellos países en que el arteterapia estaba consolidada como disciplina.
- 3/ El Master debería servir como plataforma para el desarrollo de la profesión en nuestro país.

Teniendo en cuenta los puntos mencionados quisimos asegurarnos de que el Master se asentaba sobre unos cimientos seguros; por esta razón el curso se diseñó siguiendo las recomendaciones de tres instituciones de prestigio: las asociaciones británica y americana

de arte terapia (BAAT y AATA) y la federación española de asociaciones de psicoterapia (FEAP). Tres años más tarde el currículo se rectificó para adecuarlo a las recomendaciones de la Asociación Española de Arte Terapia (AEAT).

¿Qué es y que no es arte terapia?, el contexto español.

El arteterapia o arte terapia (art therapy) nace simultáneamente en USA y UK en la década de los cuarenta a partir del trabajo que venían realizando profesionales de distintas disciplinas con sus pacientes y alumnos. A partir de la labor asistencial y educativa de dichos pioneros el arte terapia evolucionó como una disciplina, esto fue posible gracias al establecimiento de las asociaciones profesionales BAAT y AATA. Dichas asociaciones ejercieron y ejercen todavían como colegios profesionales de arteterapia, establecen los requisitos mínimos de formación y las recomendaciones para una correcta práctica clínica. Las universidades donde se enseña el arteterapia en dichos países siguen las recomendaciones y dictámenes de dichas asociaciones.

Aunque, el uso de las artes en contextos asistenciales en España no sea nuevo, el arteterapia como profesión es un evento reciente. El arteterapia nace en España en un contexto académico reconocido a finales de los noventa con la ventaja de tener al abasto el trabajo realizado durante décadas fuera de nuestras fronteras. Sin embargo, ciertas prácticas clínicas y cursos de arteterapia que se estaban y que aun se están actualmente realizando en nuestro país, no tienen en cuenta los avances a los que se ha llegado en la escena internacional.

Para corregir esta situación, en el 2002 se registra la Asociación Española de Arte Terapia. La finalidad de dicha asociación es actuar como un colegio profesional regulando la práctica clínica y la enseñanza del arte terapia y equiparándola a la de aquellos países en los que la profesión ya está establecida.

En la actualidad en España el termino arteterapia o arte terapia se utiliza indistintamente para describir formas de trabajo dispares y en ocasiones incluso, contradictorias u opuestas. Básicamente podemos encontrar cuatro tipos de práctica:

1. Educadores o monitores que utilizan las artes plásticas para animar a sus pacientes a desarrollar su creatividad en lo que podría definirse como un marco ocupacional.
2. Educadores artísticos, psicopedagogos y maestros, que trabajando desde un encuadre educativo utilizan las artes visuales para ayudar a alumnos con dificultades.
3. Profesionales del área asistencial: psicólogos, psicoterapeutas y psicoanalistas que utilizan los medios artísticos como una herramienta en psicoterapia.
4. Finalmente, existen también algunos profesionales que habiendo cursado una formación de postgrado en arteterapia trabajan desde un marco teórico que viene informado por los desarrollos internacionales de los últimos años en arteterapia.

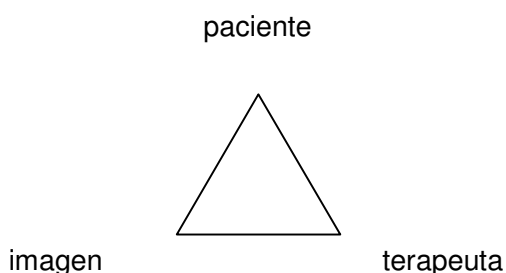
El triángulo terapéutico

Joy Shaverien en un artículo publicado en “Pictures at an Exhibition” (1989), hablaba del triángulo terapéutico para diferenciar entre, arteterapia, psicoterapia por el arte y psicoterapia analítica por el arte. Si bien el esquema de Shaverien es útil para comprender las diferencias que se daban en el contexto británico de los ochenta, en el contexto español actual carece de sentido.

En el 1989 el arteterapia en el Reino Unido era una disciplina consolidada, en España en el 2004 todavía estamos lejos de que sea así. Sin embargo, utilizar el triángulo terapéutico y las distintas posibilidades de relación entre sus vértices, puede resultarnos esclarecedor para comprender las distintas formas de trabajo que, bajo el nombre arteterapia, encontramos en España.

En este capítulo me he tomado la libertad de modificar el esquema que Shaverien propuso en su día para adecuarlo a la realidad actual española. Creo que dicho modelo –rectificado– nos puede ayudar a comprender mejor que entendemos por arteterapia en España y por ende, cual es la aproximación teórica que subyace, no solo en el Master en arte terapia de la UB, sino también en los demás cursos y prácticas que están en estos momentos conviviendo en España.

El triángulo terapéutico se ha usado en arteterapia en numerosas ocasiones para definir la relación triangular que se establece entre paciente, obra artística y terapeuta. En el vértice superior del triángulo situamos al paciente, en los dos inferiores, el objeto artístico o imagen por un lado y el arteterapeuta por el otro. Según se establezcan las relaciones entre los tres vértices tendremos una forma u otra de aproximación. Según los criterios de la AATA, el BAAT y AEAT, solo la última de las tres posibilidades que se presentan a continuación es la que podríamos considerar arte terapia con pleno derecho de uso del término.



El arte como terapia

En una primera aproximación el vértice que se activa es el que une imagen y paciente. La idea prevalente en esta forma de trabajo es que la actividad artística posee cualidades terapéuticas en si misma, -supuestos- potenciales terapéuticos que se

movilizan espontáneamente tan pronto el paciente es animado a producir un objeto artístico.

Si se entiende el arte como una terapia en sí misma no es de extrañar que desde esta perspectiva la función del terapeuta consista primordialmente en facilitar y dirigir el trabajo creativo de su cliente.

Desde esta orientación no se tienen en cuenta el efecto que pueda producir la presencia del terapeuta en la sesión o el efecto que determinada imagen pueda suscitar en el terapeuta. Las dinámicas latentes que se dan en la relación entre terapeuta, paciente y obra artística tampoco se tienen en cuenta. Fuera de España a esta forma de trabajo no se la consideraría arteterapia, el nombre que se usa para describirla en Inglés es el de “Arts and Healing” (arte y curación).

Esta forma de trabajar no es nueva en España en absoluto; encontramos numerosos ejemplos de ella: en talleres de arte en centros de salud mental, en instituciones para discapacitados, centros geriátricos, escuelas especiales, etc. En muchos de estos lugares se consideran los talleres de arte como una forma de terapia ocupacional a la que a menudo se denomina arteterapia.

Para trabajar desde esta perspectiva basta con tener conocimientos suficientes en artes visuales y obviamente, poseer la sensibilidad y empatía necesarias para trabajar con personas vulnerables. Quisiera puntualizar sin ánimo de menospreciar a nadie, que los profesionales que trabajan desde este marco de orientación no están preparados para trabajar bajo las condiciones que se describen en las dos perspectivas siguientes.

1. El arte en terapia

En esta segunda aproximación el vértice que se activa es el que une a paciente y terapeuta. Desde esta aproximación el objeto artístico se utiliza para ilustrar contenidos verbales o para facilitar la expresión de estos por medio de la palabra. A diferencia de la anterior, esta forma de trabajo es una forma de psicoterapia porque utiliza encuadres psicoterapéuticos o *settings* para guiar el trabajo del terapeuta.

Desde esta orientación, la respuesta estética del terapeuta frente al objeto artístico de su paciente no se tiene en cuenta como tampoco se tiene en cuenta la dinámica intrapsíquica implícita en el proceso de creación o en el objeto resultante.

Fuera de España no se considera arteterapia a esta forma de trabajo aunque utilice medios artísticos, de la misma forma que tampoco se consideraría psicoterapia cualquier relación asistencial por el hecho de que utilice el lenguaje verbal.

Es habitual encontrar psicoanalistas de orientación Junguiana que animan a sus clientes a utilizar medios artísticos para expresar sus emociones. También lo encontramos entre psicoanalistas de la Escuela de Relación de Objetos que trabajan con niños y finalmente también es habitual entre psicoterapeutas de orientación Humanística como la Gestalt. En

España, a excepción de la Gestalt, los psicoterapeutas que utilizan el arte en las sesiones no se consideran a ellos mismos como arteterapeutas y por consiguiente tampoco le llaman arteterapia a lo que hacen.

Para trabajar desde esta segunda perspectiva es necesario poseer una formación en psicoterapia y a poder ser, aunque no necesariamente, conocimientos suficientes en artes visuales. Esta orientación permitiría trabajar al psicoterapeuta bajo el marco de la primera aproximación pero no de la tercera que se describe a continuación

2. El arteterapia, arte terapia o psicoterapia por el arte

La tercera aproximación es la que se entiende en Inglés por Art Therapy (termino acuñado por Adraian Hill en los cuarenta) o Art Psychotherapy (termino que se usa indistintamente al de art therapy hoy en día). Estos dos términos sinónimos se utilizan mayoritariamente en aquellos países donde el arteterapia esta establecida, eso es en la mayor parte de países anglosajones (USA, UK, Irlanda, Canada, Australia,...) y también en otros lugares como Israel, Finlandia, Suecia, Holanda, Hungría, Suiza, Austria o Alemania por solo nombrar algunos.

Desde esta aproximación se entiende el arteterapia como una forma de psicoterapia en la que en momentos distintos del proceso terapéutico se activaran unos u otros vértices indistintamente. El encuadre terapéutico o setting viene dado principalmente por la teoría de arteterapia. Dicha teoría nos habla de niveles de psicoterapia para diferenciar las distintas formas de intervenir del terapeuta en un momento u otro del proceso.

A diferencia de los anteriores, desde este marco de referencia se tiene en cuenta la respuesta estética del terapeuta frente al trabajo de su paciente, el vértice objeto artístico-terapeuta. Se entiende que la respuesta estética del terapeuta forma parte de la “contra transferencia”, es decir de las proyecciones inconscientes que el paciente deposita en el terapeuta y en consecuencia, puede ser utilizado para comprender en mayor profundidad el mundo interno del paciente. Obviamente, desde esta perspectiva se tiene en cuenta la dinámica de la relación entre terapeuta y paciente y también se trabaja con la posibilidad de que en ciertos momentos del proceso sea necesario activar únicamente el vértice paciente-obra artística, es decir, dejar al paciente trabajando con su obra con poca o sin intervención alguna por parte del terapeuta.

Para trabajar desde esta perspectiva y según los criterios de las asociaciones nacionales mencionadas, es necesario haber realizado un análisis o psicoterapia personal así como poseer una formación completa en arteterapia que incluya una serie de requisitos mínimos que se detallan en el siguiente apartado. Esta formación permite al terapeuta escoger el marco de referencia desde el que va a trabajar según sean las necesidades del paciente.

Orientación teórica del Master

La forma de entender el arteterapia que enseñamos en la UB pertenece a la tercera categoría expuesta en el párrafo anterior; es decir, entendemos el arteterapia como una forma de psicoterapia. Consideramos que el terapeuta tiene que estar suficientemente preparado para poder discernir bajo cual de las tres categorías quiere trabajar o que tipo de combinación es la más adecuada para su paciente, así como cuando y como debe utilizarla.

La teoría del arteterapia es integrativa por naturaleza; se nutre de su propia teoría y de teorías ajenas a su disciplina que informan distintos aspectos del trabajo clínico. Así encontramos desde la teoría del arte a distintas formas de psicoterapia como: la Psicología Analítica, la Psicoterapia Humanista, la Escuela de Relación de Objetos, la Psicoterapia Existencialista, el Grupo Análisis, la Psicoterapia Sistémica, etc. También otras disciplinas y metodologías como la Antropología, la Pedagogía, la Fenomenológica, la Hermenéutica, la Semiótica, etc. se suman al cuerpo de conocimientos que nutre la teoría del arteterapia que todo arteterapeuta debería conocer.

El Master de arte terapia de la UB utiliza el termino arteterapia tal y como lo define la Asociación Española de Arte Terapia (AEAT) en su código de conducta:

“... el arte terapia es una profesión de ámbito asistencial; es una especialización dentro de las psicoterapias que se caracteriza por el uso de los medios de expresión de las artes visuales para ayudar a contener y a ser posible, resolver los conflictos emocionales o psicológicos de las personas.

En arte terapia, el proceso de creación artístico y los objetos resultantes actúan como intermediarios en la relación terapéutica, permitiendo que determinados sentimientos o emociones conflictivas encuentren vías de expresión complementarias o alternativas a la palabra.

Los campos de aplicación del arte-terapia se extienden a la salud, la educación y la asistencia social. En cada uno de dichos campos, los arte terapeutas desarrollan técnicas terapéuticas específicas de acuerdo a las necesidades y limitaciones de las personas de los colectivos a quienes el arte terapia va dirigida. De esta forma en arte terapia entendemos que existen distintos niveles de intervención terapéutica que el arte terapeuta con formación adecuada debería conocer en profundidad.

Los arte terapeutas son licenciados o diplomados con amplios conocimientos en artes visuales que han cursado a su vez una formación de nivel de postgrado universitario en arte-terapia que reúne una serie de condiciones mínimas estipuladas por esta asociación.”

El Master en arte terapia de la UB

Tal y como hemos dicho anteriormente, los arteterapeutas trabajan (en grupos y en sesiones individuales) con colectivos muy distintos entre sí, desde niños a ancianos, desde tratamientos paliativos a trastornos alimentarios, enfermedades mentales graves o leves, en procesos de rehabilitación de drogodependientes, con mujeres maltratadas, etc.

Para poder trabajar con colectivos tan distintos de forma eficaz es necesario que el futuro profesional reúna una serie de requisitos:

1. Alto grado de madurez personal.
2. Alta capacidad de empatía y capacidad de contención.
3. Iniciativa personal y capacidad de trabajar en grupo.
4. Profundos conocimientos sobre sí mismo.
5. Conocimientos –teóricos y experimentales- sobre artes visuales.
6. Conocimientos experienciales y teóricos suficientes en arte terapia.
7. Conocimientos en psicología clínica y psicopedagogía.
8. Conocimientos en dinámica de grupos.
9. Conocimientos en metodologías de investigación adecuadas al arteterapia.

Obviamente, los recursos que puede ofrecer un curso de postgrado universitario para ayudar a alcanzar dichos requisitos, aunque sea de tres años de duración como es el caso, es ciertamente limitado. Algunos de dichos requisitos los trae el alumno incorporados antes de ser aceptado al Master; otros requisitos podemos tratar de proporcionárselos durante sus estudios y otros más deberá adquirirlos una vez haya terminado su formación.

Organización del Master

El Master pertenece al Departamento de Dibujo de la Facultad de Bellas Artes de la Universidad de Barcelona, UB. Para poder gestionar el curso de forma eficaz, la UB firmó un convenio de colaboración con Metafora centre d'estudis d'art terapia. Metafora es una ONG que gestiona y administra el curso, ofrece información a quien la desea y entre otros, crea los vínculos necesarios con otras instituciones para poder realizar las practicas clínicas.

El director del Master es el Doctor José M^a Barragán, profesor titular de la UB y especialista en educación artística. El coordinador del Master y director de Metàfora es Carles Ramos, arte terapeuta formado en el Goldsmiths' College de la Universidad de Londres.

El curso lo forma un equipo de nueve profesores permanentes y varios arteterapeutas invitados. El equipo permanente lo componen tres arteterapeutas registrados (AEAT-BAAT), tres psicoanalistas (SEP-FEAP), una psicoterapeuta dinámica (ACPP-FEAP), un profesor de arte, un psicoterapeuta de grupos (UKCP) y una musicoterapeuta (AATA).

Contenidos y asignaturas

El Master en arteterapia de la UB contempla 162 créditos docentes (1,620 horas) que se reparten a lo largo de tres años a tiempo parcial. El curso está organizado como un master curricular bajo una estructura que contempla tres bloques, cada uno de ellos con distintos apartados o asignaturas, los tres bloques son: Experiencial, Teórico y Practico. En **negrita** hemos subrayado aquellos contenidos que según la AEAT se consideran imprescindibles para la formación de arteterapeutas

Bloque Experiencial

<i>Grupo Experiencial de Arte terapia.</i>	Esta asignatura de dos años de duración (72 clases) es esencial para la formación de arte terapeutas pues se utiliza la experiencia misma como forma de conocimientos. Los grupos se componen de siete personas y los conducen arte terapeutas experimentados.
<i>Grupo Grande.</i>	Todos los alumnos del master se reúnen una vez al mes en una sesión conjunta llevada por un psicoterapeuta de grupos. En estas sesiones se aprende desde la experiencia misma sobre dinámica de grupos grandes
Terapia Personal	e instituciones.
<i>Tutorías</i>	Para ayudar a los alumnos a comprenderse mejor a sí mismos se les pide que hagan un compromiso de estar en terapia de orientación psicodinámica durante su formación (mínimo requerido por FEAP y AEAT, 110 sesiones). Cada alumno tiene asignado un tutor durante sus estudios para ayudarlo en cualquier incidencia que pueda aparecer durante su proceso de formación.

Bloque Teórico

Teoría de arte terapia.	<i>Abarca la exposición de las principales orientaciones teóricas que conforman esta disciplina.</i>
Aplicaciones clínicas y educativas del arte terapia.	<i>Presenta las distintas aproximaciones del arte terapia existentes según se trabaje con un colectivo u otro.</i>
Psicoterapias dinámicas y Psicoanálisis.	Introduce aquellos aspectos del psicoanálisis y las psicoterapias dinámicas que son utilizados en arte terapia.
<i>Psicología Evolutiva</i>	Expone las ideas principales de este campo de conocimiento
<i>Psicopatología.</i>	Ayuda a los alumnos a conocer entre las distintas patologías desde una vertiente psicodinámica.
<i>Teoría de Grupos</i>	Permite a los alumnos adquirir conocimientos teóricos sobre las distintas corrientes de psicoterapia grupo analítica.
<i>Teoría del Arte.</i>	Da a conocer aquellos aspectos de la teoría del arte que han influido en la teoría de arte terapia y que explican determinados procesos creativos.
<i>Arte y Psicología</i>	Crea puentes entre las dos disciplinas
<i>Metodología de Investigación.</i>	Permite adquirir herramientas para emprender procesos de investigación en arte terapia.

Bloque Práctico

Prácticas Clínicas	Los alumnos deben hacer un mínimo de 600 horas de prácticas clínicas en centros públicos de la Sanidad, la Educación o la Asistencia Social con los que la UB firma un convenio de colaboración. Dicho número de horas aproximadamente equivale a ocho horas semanales durante dos años.
Supervisión	Los alumnos tienen 180 horas de supervisión durante sus estudios. 90 horas realizadas por arte terapeutas y 90 más por psicoanalistas.

Conclusiones

Aunque la utilización de las artes con finalidades terapéuticas no sea nueva en España si lo es el advenimiento del arteterapia como una profesión diferenciada. Desgraciadamente, la situación actual al respecto es bastante caótica: profesionales de todo tipo, con formación o sin ella proclamando hacer “arteterapia” por doquier.

Aunque el arteterapia sea considerada en muchos países como una profesión con unos límites bien establecidos, en nuestro país es un hervidero de aproximaciones distintas que, como hemos visto, a menudo solo comparten entre sí el nombre y el uso de medios y técnicas artísticas. Como hemos dicho, decir que el arteterapia se define por utilizar el arte sería como decir que la psicoterapia se define por el uso del lenguaje hablado.

El resultado inmediato de la falta de consenso para definir la profesión la sufren en primer lugar aquellos profesionales que habiendo cursado una formación en arteterapia ven como su trabajo es a menudo menospreciado equiparándose al de otros que usan el mismo nombre, a menudo asociado a prácticas “alternativas” como el Tarot, la aroma terapia o la terapia de los colores. El arteterapia no es una terapia “alternativa”, nunca lo fué ni lo pretendió, si en cambio es una forma de psicoterapia complementaria a otras formas de trabajo asistencial o educativo.

La consecuencia mas dramática y también más preocupante del caos actual es la confusión que sufren los posibles usuarios del arteterapia y los profesionales que trabajan con ellos. No conocer los límites de la profesión, es decir, desconocer los límites del arteterapia dejan a los usuarios en una posición indefensa, realmente preocupante y ciertamente peligrosa.

En la UB nos gustaria ver crecer y madurar al arteterapia en España de la misma forma en que ha venido sucediendo en otros países. Seria más que deseable ver a otras instituciones universitarias del país establecer cursos validables por la AEAT, homologos al nuestro o incluso a ser posible, con estándares más altos. Para que esto pueda suceder es sumamente importante ponerse de acuerdo en delimitar cuales son los límites de la profesión en nuestro país.

Establecer límites tiene una ventaja, favorece el crecimiento; también tiene un inconveniente, deja fuera a aquellos que no aceptan los límites establecidos. Correr ese riesgo es un reto importante que no se debería eludir si queremos ver al arteterapia evolucionar desde un conglomerado de técnicas dispersas a una disciplina por propio derecho.

Nuestra responsabilidad como docentes universitarios no se reduce a involucrarse activamente en el desarrollo del arteterapia en España, en la actualidad también aquellos países que comparten con nosotros lazos de lengua y cultura están en una situación parecida. Una situación ciertamente caótica pero que podría empezar a enmendarse si todas las partes interesadas se acogieran a unos mismos principios básicos.

Los arteterapeutas, ellos y ellas, saben mejor que nadie que es lo que se necesita para hacer que su disciplina siga expandiéndose y fortaleciéndose.. Como he dicho en diversas ocasiones, dichos fundamentos los recoge la asociación española de arte terapeutas

AEAT. Tal como leen sus estatutos, AEAT trabaja con el objetivo de representar los intereses de los profesionales de esta disciplina en nuestro país

Bibliografía

M. Aveline, (1986) Personal themes from training groups for health care professionals. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 325 - 35.

M. Belfiore, and M. Cagnoletta, (1992) Arts Therapy Training in Italy: Toward a pedagogical model. *Arts in Psychotherapy*, 19, 111-116

M. Connor "Training the Counsellor, an integrative model". Routledge 1994, London, UK

W. Dryden, I. Horton & D. Mearns "Issues in Professional Counsellor Training". Casell 1995. London, UK.

J. Dudley, A. Gilroy & S. Skaife "Teachers, Students, Clients, Therapists, Researchers. Changing Gear in Experiential Art Therapy Groups" Chap.7 in "The Changing Shape of Art Therapy". Jessica Kingsley Publishers. 2000 London, UK

A. Gilroy, (1995) Changes in Art Therapy Groups. In: A. Gilroy and C. Lee (Eds) *Art and Music Therapy Research*. pp 66-85. *London: Routledge*.

A. Gilroy, & C. Lee "Art and Music Therapy and Research". Routledge 1995. London, UK

H L. Payne, (1999) Personal development groups in the training of counsellors and therapists: A review of the research literature. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 2, 1 51-64.

J. Shaverien (1989) "*The picture within the frame*" en "*Pictures at an exhibition*", A Gilroy & T. Dalley. London, Routledge

D. Waller, (2000) *Art Psychotherapy*. London: Routledge.

D. Waller, (1991). *Becoming a Profession*. London: Routledge

EL ARTE COMO TERAPIA EN ESPAÑA

Noemí Martínez Díez
Marián López Fdz Cao

INTRODUCCIÓN ¿QUÉ ES EL ARTETERAPIA?

*La ciencia y el arte se diferencian como un viaje de un paseo.
El
motivo del viaje reside en la meta, el motivo del paseo en el
camino.*

Grillparzer

Podemos definir el arteterapia de distintas maneras, desde distintas situaciones, desde distintas perspectivas, pero pensamos que es interesante que sea contestada, antes de nada, y para iniciar esta aportación, por aquellas personas que se han beneficiado de ella. Vamos a poner dos ejemplos: la de una mujer de mediana edad, con una infancia difícil, aquejada de depresión y aislamiento y que trabajaba en una fábrica dentro de un marcado mutismo. Para esta mujer asistir a las sesiones de arteterapia le hizo descubrir que a través de la creación artística (en su collage lo representa por medio de unos pinceles), había podido “enchufar en sus sentimientos” (lo demuestra por medio de un cable eléctrico acabado por un enchufe), “poder ver en el inconsciente” (que simboliza por medio de un rostro con un enorme ojo superpuesto) y “facilita el camino para que me comunique” (representado por una mano que sostiene un teléfono). La otra definición es la de un niño que al finalizar sus sesiones de arteterapia escribe que el arteterapia “es como tomar cosas buenas como sopa y helado y cosas horribles como sangre de dinosaurio.”

El arteterapia es una disciplina relativamente nueva, que capacita para la ayuda humana utilizando los medios artísticos, las imágenes, el proceso creador y las respuestas de las personas a esos productos creados. Es una disciplina que se ha introducido en España desde hace unos pocos años, menos de una década, aunque se han producido experiencias aisladas en momentos anteriores. Las definiciones son siempre difíciles, pero podemos añadir que es una combinación entre arte y psicoterapia, en donde cada una de las partes se estimula en su unión con la otra, en donde lo más importante es la persona y su proceso; el arte se usa como forma de comunicación no verbal, como medio de expresión consciente e inconsciente, al reconocer que los pensamientos se expresan con más facilidad en imágenes que en palabras. A través del proceso creador, se reflexiona sobre el desarrollo de los conflictos personales e intereses de los individuos. La práctica del arteterapia se basa en el conocimiento del desarrollo humano y de las teorías psicológicas que se ponen en práctica a través de medios terapéuticos, tanto educativos como cognitivos, psicodinámicos y otros, con el objetivo de ayudar en conflictos emocionales, discapacidades psíquicas y sociales,

autoestima, desestructuración personal y familiar, y otros problemas sociales y psicológicos, siempre teniendo como base el proceso creador y con los elementos inconscientes que este proceso conlleva. En resumen, se puede llamar arteterapia a todo proceso terapéutico que utiliza medios y objetos referidos a categorías artísticas, en especial a las artes visuales. Esto incluye tanto la pintura y la escultura, como formas más contemporáneas como el vídeo o la instalación. Debemos recordar también que hay otras terapias que trabajan con el arte como son la musicoterapia, la danzaterapia o la dramaterapia.

El arteterapia es una herramienta ideal para debilitar las defensas que obstruyen el proceso de subjetivación y la relación entre el individuo, sus grupos y su pertenencia a la sociedad. La relación con los medios plásticos permite a las personas comenzar a expresar cosas que les preocupan, muchas veces silenciadas por los límites verbales. Dentro del marco del arteterapia se suele entender que las expresiones verbales ocupan el lugar de la puesta en forma de lo impensable, lo indecible, modificando la posición del sujeto en cuanto a la propia subjetividad de las personas para situarse entre la actividad creadora y la proyección de lo que fue alguna vez. Su práctica incluye un trabajo efectivo con productos tangibles que ayudan a mostrar los sentimientos propios, aunque éstos estén ocultos o sean confusos. Para las personas con retraso mental el arteterapia tiene un papel muy importante, que se desempeña en la creación y en el apoyo de sus capacidades mentales, debido a su caudal de libertad, de autoexpresión y de refuerzo en sus individualidades y autoconfianza.

Las sesiones de arteterapia, que pueden ser de forma grupal o individual según sean las exigencias de los casos presentados, constan generalmente de tres partes; en la primera hay una introducción, con una bienvenida y una comunicación de las reglas, una puesta en común sobre lo que se va a hacer entre terapeutas y clientes (denominación de las personas que se comprometen a entrar en arteterapia, el término de paciente se usa con aquellas personas diagnosticadas como enfermas); la segunda corresponde a la ejecución de la obra plástica que suele ocupar la mitad del tiempo disponible; y en la tercera se discute entre clientes y terapeutas los trabajos realizados y cómo ha ido la sesión. Para Marcelo González Magnasco (1996) el taller de arteterapia se puede definir “como el momento para comenzar un relato, que nunca es desde el principio y siempre será inacabado (...), contiene una lógica interna, un círculo, una frase que comienza con el deseo de participar y que tiene su punto de sentido en la circulación de los trabajos más allá del primer Otro observador, el terapeuta.” En los primeros contactos se debe identificar qué tipo de terapia es la más conveniente, así como el medio artístico adecuado a cada persona y si es mejor hacerlo de forma individual o grupal. Las ventajas que tiene la terapia grupal es que el aprendizaje social se hace en grupos, y que las personas con necesidades parecidas o equivalentes se pueden dar un apoyo mutuo; en su contra tiene que es más difícil la confidencialidad y los o las clientes pueden tener menos atención individual.

En las sesiones de arteterapia se ofrecen técnicas, temas, cuestiones, elecciones libres, que se toman o cambian cuando lo necesita la meta a la que desean llegar terapeutas y clientes. Las directrices se trabajan generalmente dentro de una esfera con unos temas específicos como pueden ser las emociones, los deseos, los sueños, las fantasías, los proyectos para el futuro, las imágenes de ellos o ellas mismas, su relación con la familia, las amistades, su entorno, situaciones diversas, etc. El aspecto no verbal del arteterapia

tiene una importante y única posición entre las y los asistentes que es el que se les brinda la oportunidad de “oír por sus propios ojos.”

El abanico de personas de distintas edades y situaciones a las que les puede ser de utilidad asistir a talleres de arteterapia es muy amplio, desde niños y niñas que hayan sufrido abusos sexuales o maltrato físico, hasta niñas o niños con enfermedades somáticas, con trastornos de aprendizaje o con distintos tipos de discapacidades. Las personas que sufren trastornos alimentarios donde los que la comunicación no verbal es esencial, ocupan un lugar importante en esta patología. Los grupos de mujeres son también un grupo de atención, con el objetivo de proporcionarles los medios necesarios para hacer frente a sus dificultades y mejorar su integración social, familiar y profesional. Las personas que viven en la calle son también otro colectivo de atención, como el taller que se realiza en Baltimore con mujeres sin vivienda, realizando murales, llevando el arteterapia al campo del arte público, expandiendo el rol terapéutico- clínico a parámetros políticos-administrativos. En la reintegración social de pacientes esquizofrénicos a través de la creación artística, el reconocimiento de sus obras puede contribuir a la mejoría y a su enriquecimiento personal, procurándoles confianza en sí mismos y permitiéndoles una mejor reinserción en la sociedad. En pacientes geriátricos, las técnicas del arteterapia les sirven para aliviar el sentido de desamparo y poder tener una visión intrapersonal y un desarrollo de valores, rescatando los aspectos positivos de estas personas aún si se encuentran en constante deterioro. Sirvan de ejemplo los informes de la ONU, que señalan el aumento del número de personas que solicitan ayuda como consecuencia de las torturas sufridas debidas a los regímenes dictatoriales de sus países. El grave problema para las víctimas de tortura y sus familiares es generalmente la impunidad de los casos. A partir del año 1982 la ONU inició este tipo de asistencia, y se explica el alto número de demandas de ayuda para rehabilitación, no porque haya más torturados o torturadas, sino porque hay más apertura para salir a la luz pública y solicitar una terapia.

BREVE HISTORIA DEL ARTETERAPIA

El arteterapia como disciplina surge principalmente en dos lugares, en los EEUU de América y en Gran Bretaña. En los EEUU ha sido la educadora y psicóloga Margaret Naumburg quien en la década de los 30 comienza a utilizar el arteterapia como profesión, a la que dedica todo su tiempo como terapeuta y profesora. Fue una de las primeras personas que utiliza el término de “arteterapia” y su trabajo ha influido tanto en los Estados Unidos como en Gran Bretaña. Es autora de diversas publicaciones, dice que la técnica del arteterapia “se basa en que todos los individuos, estén o no entrenados artísticamente, poseen una capacidad latente para proyectar sus conflictos internos bajo formas visuales” y que “aquellos originariamente bloqueados en su expresión verbal comienzan a verbalizar con el fin de explicar sus producciones artísticas” (Naumburg, 1978). Pero es la austríaca Edith Kramer, la que está considerada como la primera arteterapeuta norteamericana y la que institucionaliza su utilización en los EEUU, ella señala “El arte es un medio para ampliar el alcance de las experiencias humanas mediante la creación de equivalentes de esas experiencias” (Kramer 1982). Trabaja especialmente en el ámbito escolar, se especializa en arteterapia con niños y adolescentes, y entre las pocas publicaciones en español existentes sobre este tema encontramos su libro escrito en 1958: Terapia a través del arte en una comunidad infantil, en donde describe sus experiencias en la década de los

50 en la Escuela Wiltwyck, hogar interracial, terapéutico y no confesional, para niños varones entre 8 a 13 años, niños problemáticos de Nueva York y sus suburbios. Edith Kramer cuenta cómo por medio de actividades de arteterapia pudo ayudar en sus conductas agresivas a los niños y llegar a canalizar esas agresiones. Declara que niñas y niños se deben sentir comprendidos por el o la maestra y que deben responder con algo de confianza, porque “es tanto lo que permanece inconsciente y sin definición posible en esa transmisión de habilidades, conocimientos y actitudes que llamamos enseñar, que la sensación de asistir a un acontecimiento mágico o milagroso es parte de todo aprendizaje que vaya más allá de una mecánica acumulación de datos.” Otra personalidad a destacar es la de Florence Cane, hermana de Margaret Naumburg, que dedica toda su vida a la enseñanza del arte. Fueron especialmente Edith Kramer y Florence Cane quienes más han trabajado en favor del “arte como terapia” en un acercamiento enfocado desde la educación. Edith Kramer ha sido la impulsora de los estudios de arteterapia en EEUU. En el año 1969 se funda la Asociación Americana de Arteterapia, hasta este momento no se había tenido una formación sistemática en la materia, y poco después se logra la institucionalización en este campo de trabajo.

En Gran Bretaña el artista Adrian Hill al convalecer en un hospital durante la segunda guerra mundial, y dedicarse a pintar, nota que al hacerlo se libera de la monotonía y esto le ayuda en su recuperación. Otros pacientes siguen su ejemplo por consejo de algunos médicos que ven la mejora que ofrece la pintura. Adrian Hill prosigue más tarde con esta labor junto a otros/as artistas y profesores/as de arte, que trabajan principalmente en hospitales. En el año 1964 un grupo de artistas y terapeutas que trabajan independientemente en escuelas, hospitales, clínicas, etc, y que ven la necesidad de aunar sus experiencias para mantener y cubrir sus propósitos de formación y definición de las normas profesionales, poder relacionarse entre sí, el público en general y las autoridades; fundan la Asociación Británica de Arte Terapeutas (BAAT). Pocos años después se crea el primer programa de arteterapia en un Departamento de Educación Artística. Desde el año 1981 el arteterapia es regulada en los Servicios Sociales de la Salud Pública en el Reino Unido, con una formación aprobada por la BAAT y el Departamento de la Salud, y posteriormente por los Servicios Sociales.

ANTECEDENTES DEL ARTETERAPIA

A finales del siglo XIX, el psiquiatra italiano Cesare Lombroso comienza una colección de pinturas y objetos realizados por psicóticos y escribe en 1864 un primer estudio importante sobre el tema creatividad y locura *Genio e follia*; este libro se coloca en ese entonces como punto de mira de la moderna psiquiatría clínica y hospitalaria. Pocos años antes, uno de los fundadores de la psiquiatría institucional de los EEUU, Pliny Earle publica en 1845 *Poetry and Insanity* un ensayo sobre la creatividad en los perturbados. Freud en sus estudios vislumbra en la creatividad pistas que indican el funcionamiento normal del inconsciente, “Mientras que Lombroso tenía a los locos y sus producciones estéticas por retrocesos a un estadio evolutivo anterior y más primitivo, Freud veía toda creatividad como signo de las fuerzas universales subyacentes que hacen humano a todo ser humano” (S.L. Gilman 1993). Pero será el psiquiatra Hans Prinzhorn, que también había estudiado historia del arte, quien hace cambiar la actitud y defiende la legitimidad estética de los trabajos realizados por personas psicóticas y marginadas de la sociedad. A partir de

1918 reúne más de cinco mil obras de enfermas y enfermos mentales de Austria, Suiza, Alemania, Italia y Holanda. Esta colección será la base de su libro *Bildenerlei der Geisteskranken* (1922), donde hace notar los valores formales artísticos de las obras y deja en una posición secundaria cualquier intento de servirse de ellas para valoración de diagnóstico. Su obra es muy ponderada por los artistas de su época como Paul Klee, Max Ernst y más actuales como Richard Linder. El poeta Paul Éluard dijo sobre él que era “el más bello libro de imágenes”.

A finales del siglo XIX y los comienzos del siglo XX las vanguardias artísticas también experimentan nuevas formas de aproximación al arte y sus formas de representación y esto trae nuevas categorías de valoración de las obras. Muchos de los artistas de vanguardia quieren transgredir el lenguaje formal existente por medio de la creación espontánea y el papel del inconsciente, los artistas expresionistas, dadaístas y más tarde los surrealistas, revalorizan por igual el arte de los enfermos mentales con el arte de otras culturas primitivas y el arte infantil. En sus muestras exponen al lado de sus propias obras, máscaras y esculturas tribales, dibujos de niños y esculturas y pinturas de psicóticos. Al terminar la segunda guerra mundial el artista francés Jean Dubuffet, que desde años atrás colecciona obras de psicóticos, de niños y de personas marginales, se interesa cada vez más sobre el tema y realiza una serie de publicaciones de lo que el bautiza como art brut, es decir todo arte realizado fuera de lo que denomina “arte cultural”. Más tarde, con toda su magnífica colección funda un museo que se establece en distintas ciudades hasta quedar instalada actualmente en Lausanne, en la Collection de l’Art Brut. El término de arte bruto, hoy día se ha cambiado por el de arte marginal.

Con respecto a los precursores en los estudios sobre el desarrollo del dibujo infantil, también comienzan a hacer aparición a finales del siglo XIX, y son pedagogos, artistas y psicólogos, los que impulsan su estudio. Entre las primeras obras sobre el tema encontramos la de Ebenezer Cooke de 1885 *Art teaching and Child Nature*. Los estudios sobre el dibujo infantil se comienzan a hacer desde distintas posiciones: a partir de trabajos basados en el método de colección, como los realizados por el psicólogo italiano Corrado Ricci, *L’arte dei bambini* (1886); en métodos de encuestas como el alemán G. Kerschensteiner *Die Entwicklung der zeichnerischen Beagabung* (1905); en el método biográfico como el estudio de la norteamericana Luisa Hogan *A Study of a Child* (1898) y por medio de la observación directa, como el del belga George Rouma *Le langage graphique de l’enfant* (1912).

Entre los artistas precursores en el estudio de los obras infantiles se encuentra el pintor vienés Franz Cizek quien a finales del siglo XIX desea romper con el molde antiguo del arte y para eso, junto a sus amigos, dirigen su mirada hacia el arte primitivo “pretenden despojarse de los siglos de cultura adquirida, del prejuicio estético, y afrontar la realidad que les rodea con los ojos de un primitivo, de un niño” (J. Rodríguez, 1958). Cizek deja que niños y niñas pinten en su estudio, y así al comprobar su libertad de expresión se anima a dar clases de arte a niños y jóvenes; dice que “Cada niño tiene una ley dentro de sí y debe permitírsele desenvolverla según su propia técnica.” Los artistas de vanguardia también se interesan por los dibujos de niñas y niños pero “aquello que los educadores y psicólogos de la educación entendían como medio de estimular y medir el desarrollo intelectual de la población escolar alemana, los artistas y teóricos expresionistas lo emplearon como

justificación de su arte “espiritual” y de la representación subjetiva de su imagería” (R. Heller, 1993), como la pintora Gabriel Münter que reúne una extensísima colección de arte infantil, así como los pintores Kandinsky y Paul Klee.

Desde la década de 1890 existe una preocupación en los reformadores de la enseñanza por la capacidad del dibujo infantil, no ven bien la supremacía de la palabra sobre la imagen y el énfasis en la copia en las clases de dibujo. Al publicarse estudios del arte infantil desde principios psicológicos o pedagógicos, se aumenta el interés científico por esta materia. En Austria, hacia el año 1922, Victor Lowenfeld, comienza a interesarse formalmente con todo lo relacionado sobre educación, terapia, salud mental y creatividad. Estudia la naturaleza creadora con ciegos, que en este entonces se decía no tenían capacidad para dibujar al no tener idea del objeto global para poder representarlo. Desarrolla las ideas del filósofo norteamericano John Dewey que el arte es un medio para que se desarrolle el ser humano. Posteriormente, Lowenfeld, debido a la situación de su país y con la ayuda de Herbert Read, viaja a Inglaterra y posteriormente a los EEUU donde prosigue sus investigaciones. Crea la primera escuela de artes para negros, el Hampton College. Sus libros siguen siendo de gran interés para la educación artística y el arteterapia. Herbert Read, educador y filósofo del arte, también nos ha legado otro libro importante como es *Educación por el arte*.

ESTUDIOS DE ARTETERAPIA EN MADRID

“El arte nos es necesario para no morir de la verdad “
(Nietzsche)

Los estudios universitarios de tercer ciclo en arteterapia en España han comenzado en la Universidad de Barcelona en el año 1999 y un año más tarde en la Universidad Complutense de Madrid. Muy pronto lo harán en la Universidad de Granada y en Murcia. Estos estudios se realizan en casi todos los países europeos, EEUU de América y Canadá desde hace unas décadas, así como en Argentina, Chile, Brasil, Israel, Australia, etc., más recientemente.

El Master que se realiza en la Facultad de Educación de Madrid de la Universidad Complutense, dentro del Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica, tiene una duración de dos años, con más de ochocientas horas de duración. Sus objetivos principales son:

1. Entender el arte como un vehículo para la mejora social, física, psíquica y personal;
2. Alcanzar una visión global e integrada de las posibilidades del arte como instrumento de crecimiento y mejora y como medio de integración y desarrollo en campos específicos;
3. Conocer las discapacidades de distinto tipo, así como los trastornos sociales y psicológicos que puede aplicarse en arteterapia;
4. Facilitar una metodología adecuada para la elaboración de proyectos de trabajo e investigación para su posterior puesta en práctica con personas de diversas características.

Sus ámbitos de aplicación son amplios tanto en centros dedicados a las distintas

discapacidades, de educación reglada o no, y en centros y hospitales donde acuden personas con diversas necesidades. El Master que se realiza en Madrid tiene convenios con distintas asociaciones, instituciones sociales y centros educativos para realizar las prácticas, elemento esencial en la formación de un arteterapeuta. Los y las alumnas del Master realizan, a lo largo de los dos cursos académicos, prácticas de diversa índole en centros públicos y privados, de carácter social, clínico y educativo. Además, deben realizar una labor creativa a lo largo de los dos años y dos trabajos de investigación, uno de ellos con la inclusión de estudio de caso y presentación clínica final.

El Master parte de los siguientes presupuestos:

1. El master va dirigido indistintamente a licenciados en Bellas Artes, otras licenciaturas creativas, y Psicología, Psicopedagogía, etc. El master habilita indistintamente a cualquiera de las personas provenientes de estas titulaciones, como lo hacen todos los Master europeos de Arteterapia con similar programa y similares procedencias académicas en toda Europa y EE.UU., muchos de ellos miembros - como la Universidad Complutense- de ECARTE, *European Consortium of Art Therapy Association*, a través de sus respectivas Universidades.

2. Evidentemente, los masters de carácter interdisciplinar deben hacer llegar a su alumnado la necesidad de formación continua y complementaria, que no se acaba con el master, del mismo modo que no se acababa con una licenciatura una formación. Es decir, los y las psicólogas tienen que solventar un déficit en lectura visual, comprensión de los procesos creadores, comprensión estética, conocimiento de movimientos artísticos y vanguardias y técnicas creativas y procedimentales, y los y las alumnas procedentes de Bellas Artes, un déficit de estudios en psicología evolutiva, psicobiología, técnicas de intervención, etc. Para ello este Master aglutina ambos aspectos.

3. La supervisión es esencial y debe ser constante no sólo durante la formación, sino durante toda la vida profesional del arteterapeuta. Y es esencial como compromiso ético para todas aquellas personas que se dedican a una profesión ligada al desarrollo humano, porque esta profesión implica personalmente. Así consta en el decálogo de la Asociación de Arteterapia Británica para todos los arteterapeutas, al cual se suscribe este Master.

4. Los y las profesionales que egresan de la formación del master no pretenden sustituir la labor de los psicoterapeutas, sino colaborar con ellos. El arteterapia es una disciplina nueva, con unas características determinadas que no sustituyen pero tampoco está bajo el "mandato" o "tutela" de otras áreas. El arteterapia colabora y enriquece otras disciplinas, así como otras disciplinas colaboran con ella, en pie de igualdad académica y profesional.

5. El master aconseja la terapia personal como modo de autoconocimiento necesario para enfrentarse a la atención de colectivos en riesgo.

Para Sara Pain y Gladys Jarreau (1995) los conocimientos y habilidades necesarios del o de la arteterapeuta “corresponden fundamentalmente a tres terrenos: el de la técnica de las actividades plásticas, el de la psicología de la representación y de la expresión, y el del arte, su significado e historia, por lo que se exige un atento entrenamiento.”

Es importante que las personas que quieran ser arteterapeutas tengan experiencia educativa. Siguiendo los consejos de Edith Kramer, podemos subrayar que ser arteterapeuta integra diversas disciplinas porque éste debe ser al mismo tiempo artista, terapeuta y maestro; González Magnasco (1996, p. 36) escribe: *“Quien se dedique al arteterapia deberá tener al menos tres niveles de intervención; el estético, el pedagógico y el terapéutico. Para ser efectivo dentro de este marco habrá que adiestrarse para ser capaz de reconocer el momento en donde estos tres elementos deberán ser combinados o cuando uno deberá prevalecer sobre otro. Si bien estos tres niveles o estadios no podrían funcionar por separado es indudable que en determinados momentos uno prevalece sobre otro*La Escuela de Verano de la Universidad Complutense organiza, desde 2004, un curso de 100 horas de duración a lo largo del mes de julio, sobre arteterapia, al que acuden profesionales de distintos puntos de España y el extranjero para iniciar y dar a conocer de modo teórico práctico la disciplina del arteterapia.

De forma privada, en el año 2003 la arteterapeuta Elvira Gutiérrez ha comenzado a ofrecer una formación en arteterapia, trabajando desde la psicología humanista gestáltica, con una estructuración que consta de tres ciclos, básico, superior y supervisión.

ESTUDIOS E INVESTIGACIONES DE ARTETERAPIA EN MADRID

Las clases de doctorado sobre arteterapia comenzaron en la Facultad de Bellas Artes en el curso 1995-96, cursos que en este tiempo se hacía cada dos años y desde hace cuatro años es anual.

La primera tesis que se leyó sobre este tema en la Universidad Complutense de Madrid, es la de Elvira Gutiérrez Rodríguez sobre el tema de “Arteterapia con orientación gestáltica”, en enero de 1999. Elvira González trabaja el arteterapia dentro de la corriente de la psicología humanística de la Gestalt, con una visión holística e integradora del ser humano en sus capacidades físicas, emocionales, mentales y espirituales cuyo potencial cabe desarrollar e integrar para llegar a ser personas sanas y así colaborar en crear una sociedad más armónica. En su tesis además hace un extenso trabajo de campo realizado durante un año con personas en distintas situaciones, en donde presenta todas las actividades realizadas, los intercambios y reflexiones entre las y los clientes y la arteterapeuta, la evaluación que hace la propia terapeuta en todas las sesiones realizadas y las conclusiones después del año de trabajo en conjunto.

En febrero de 2001 se leyó la tesis realizada por Carmen Alcalde Spirito sobre el tema “Expresión artística y terapia. Talleres de expresión plástica para pacientes psiquiátricos en un Hospital de Día” en donde los objetivos fueron los de dar a conocer en España las características, grupos de incidencia y procesos de trabajo en arteterapia, así como su desarrollo y alcances, a través de más de medio siglo de andadura; encontrar las relaciones de conceptos que convergen en esta disciplina como son el arte, la educación y la psicología; y comprobar, a través de una experiencia de trabajo con pacientes psiquiátricos, que la práctica del arte, utilizada dentro del conjunto de actividades terapéuticas, contribuye al proceso de curación.

En el mes de enero de este mismo año se leyó otra tesis cuyo tema está involucrado con el arteterapia, es la presentada por la profesora Susana Valé Madeo con el tema de “La enseñanza del arte en la educación de adultos. Sistema educativo no formal”, en la que se hace un estudio en profundidad sobre la educación artística en la etapa adulta, la creatividad en la tercera edad y la cuarta edad, un análisis de los elementos biológicos y culturales y por último una investigación empírica acerca del empleo de la simbología y el pensamiento analógico en los sujetos adultos. En el reciente Congreso Europeo sobre Arteterapia de Ecarte, realizado en Madrid en septiembre del 2003, en la recapitulación final se comprobó uno de los temas olvidados en arteterapia es el de las aportaciones que brinda esta disciplina en los mayores.

En septiembre de 2002 se presentó la tesis de la profesora chipriota María Vassialiadou Yiannake sobre “La expresión artística como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos. Arteterapia y esquizofrenia”. En su tesis se planteó la posibilidad de aplicar el arte con pacientes enfermos/as mentales dentro de un trabajo de campo que duró tres años., y en donde se pregunta ¿el arte es capaz de curar?, ¿la práctica del arte tienen efectos beneficiosos sobre los/as pacientes?, ¿el arte puede ayudar en el análisis de los trastornos?, ¿la creación artística es una alternativa de expresión para personas con trastornos de comunicación graves?, ¿el arte puede ser un medio para la mejora de la autoestima y por lo tanto ser un elemento socializador importante? En su investigación trata de demostrar que estos/as pacientes tienen la misma capacidad de expresión artística que cualquier otra persona “normal” y que la actividad artística juega un papel importante en el tratamiento terapéutico de la enfermedad, contribuyendo al desarrollo positivo del historial clínico. En su trabajo también cuenta experiencias de visitas que ha realizado con los enfermos/as psiquiátricos a museos de arte y realiza un estudio sobre la obra de los artistas marginales o de “art brut”.

En marzo de 2004 se ha leído la tesis de la profesora Lilia Polo Dowmat sobre “Técnicas plásticas del Arte Moderno y la posibilidad de su aplicación en Arteterapia” que trata sobre el proceso de creación de imágenes como un proceso que revela contenidos inconscientes. En el proceso de establecimiento de un diálogo con nuestro interior, al modificar plásticamente la imagen, al actuar sobre la obra, se produce una modificación, una transformación también de lo que ella representa internamente para el sujeto. En esta tesis se experimenta con técnicas artísticas que puedan ofrecer en la práctica del arteterapia las siguientes características:

1. que los procedimientos sean de realización sencilla para ser abordadas con éxito por toda clase de personas, incluso aquellas no experimentadas plásticamente;
2. que propicien la concreción de una imagen eficaz y comunicativa de sus significantes, para su posterior lectura y análisis, que permitan una alfabetización estética, especialmente del arte contemporáneo por ser un producto de nuestro tiempo con gran poder comunicativo de emociones e ideas, que permitan el goce y la satisfacción por el trabajo creativo, favoreciendo la confianza, la autoestima y el sentido de realización personal, y
3. que se adapten, por su economía de medios, a los generalmente exigüos presupuestos institucionales e incluso individuales, destinados a este tipo de actividades.

Dos tesis de próxima lectura son las de la arteterapeuta Ana Belén Núñez sobre “Arteterapia y autismo” donde trabaja con personas afectadas con autismo cuyas características son ausencia o deficiencia en sus capacidades de relación e interacción social, de sus capacidades comunicativas verbales y no verbales y de sus capacidades creativas e imaginativas, y sus conductas repetitivas, estereotipias, obsesiones, resistencia a cambios ambientales, rituales; y la de la arteterapeuta Marián Alonso Garrido sobre el tema “Mujer y arteterapia”, donde presenta la casuística de la mujer dentro del arteterapia, viendo en las diferentes edades los distintos trastornos que pueden tener, así como la obra que les ha servido a distintas mujeres artistas.

También se preparan las tesis de la arteterapeuta María Del Río sobre "Enfermedad Mental y Arteterapia", sobre un trabajo de más de cuatro años de estudio de casos en Hospitales de Salud Mental, intentando diseñar instrumentos de medida cualitativo/cuantitativas, y la de la arteterapeuta Raquel Pérez Fariñas, sobre el trabajo de la pionera en arte terapia Edith Kramer.

A partir del año 2005 entra en funcionamiento un programa de doctorado interuniversitario específico en Arteterapia, con el título "Aplicaciones del Arte en integración social", coordinado por la Universidad Complutense, la Universidad Autónoma y la Universidad de Valladolid. Este doctorado pretende establecer en España un corpus riguroso y sistemático de investigación más allá de su implantación profesional, que sirva de continua retroalimentación a los profesionales que comienzan su andadura en esta profesión.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN REALIZADOS EN LA UCM SOBRE ARTETERAPIA

Se han realizado varios trabajos de investigación sobre arteterapia para la obtención del certificado-diploma de estudios avanzados (DEA). En 2001 se presentó el trabajo “Arteterapia y anorexia” de Antonio Fernández del Río, sobre este problema muy grave entre los y las adolescentes, en el que se estudia las diversas formas que arteterapeutas de Europa y EEUU se enfrentan por medio del arte a este problema. En el tratamiento de la anorexia la terapia a través del arte tiene aportes específicos, porque el arte puede acercar al o la anoréxica a un estado en donde pueda relacionarse directamente con otra persona.

En el año 2002 se presentaron dos trabajos relacionados con el ámbito educativo y los adolescentes. En el de la profesora Raquel Pérez Fariñas con el título de “Arteterapia, psicoterapia por el arte, psicoterapia dinámica por el arte: arteterapia en el ámbito educativo”, en el que se hace un detallado examen de las distintas concepciones de terapias por el arte, así como una historia de los comienzos y de los y las precursoras sobre el tema. La investigación la cierra con el estudio de obras de adolescentes realizado dentro de un taller de arteterapia. La segunda investigación de la profesora Nuria Gonzalo Vegas “Adolescentes y educación artística” versó sobre el problema de la baja autoestima que tienen muchos adolescentes y cómo se les puede ayudar por distintas técnicas artísticas y terapéuticas. En su trabajo hace un estudio de la situación actual en los estudios de la ESO, de los problemas entre profesorado y alumnado, de las distintas concepciones de la educación enfrentadas, y también sobre el período de la adolescencia. Realiza un detallado

trabajo de campo de realización de obras artística con sus alumnos/as al que acompaña la evaluación hecha por los propios adolescentes.

En el año 2003 se presentó la investigación de la pintora china Yu Xin sobre “Enfermedad psíquica y arte, un tratamiento a través de la expresión plástica: la terapia artística”, en donde se ahonda sobre la complejidad de la enfermedad psíquica, en la obra de varios artistas, también estudia las experiencias traumáticas de los artistas en los campos de concentración o la depresión en la obra artística. La terapia artística funciona como un puente positivo para ayudar a los artistas enfermos a salir de la dualidad: relación normalidad/estado excepcional de la patología. Yu Xin propone la caligrafía china como vía terapéutica para ayudar a este tipo de enfermo en el control de sus energías.

Así mismo se presentó el trabajo de la profesora brasileña Marcia Blanco Araujo: “Nise de Silveira y el Museo del Inconsciente. Su contribución para el arteterapia en Brasil”, donde hace conocer la gran labor de la psiquiatra Nise de Silveira en el tratamiento y recuperación de los y las enfermas psiquiátricos por medio de la labor artística. Mujer de ideas avanzadas tanto en su profesión como en política, ofreció una visión más humanista e innovadora de la locura, como expresión de la riqueza subjetiva de las personas que eran consideradas deficientes mentales o portadoras de disturbios psíquicos. Con la obra de sus pacientes se ha realizado el “Museo de las Imágenes del Inconsciente” que se encuentra en Río de Janeiro.

En el año 2004 se han realizado tras dos investigaciones, una es la de la arteterapeuta Teresa Pereira sobre “Arte Terapia y Hospitalización Infantil”, en donde se centró en la aplicación del arte dentro del contexto hospitalario infantil. Su pretensión ha sido la de corroborar el beneficio que supone la inclusión de este servicio en el equipo multidisciplinar que atiende las diversas necesidades del niño/a hospitalizado/a. Es una investigación que ha durado dos años con pacientes de los servicios de Cirugía (Cardiología, Quemados, Crónicos, Agudos Traumatología e Infecciosos). La otra investigación presenta un tema algo más fronterizo, pero de gran interés en los estudios de arte terapia: “CoBrA. Expresión Infantil” por la profesora Elena Rodríguez Fernández, en la que hace un detallado estudio del grupo de artistas CoBrA, formado a finales de la década de los cuarenta, que pretendían a través de la espontaneidad racional poder y deber acceder a la fuente vital del ser, y de las primeras expresiones gráficas de niños/as de 3 u 4 años, haciendo un paralelismo entre obras de los dos grupos de los temas de la figura humana y del bestiario. Estos artistas pretendían

Dentro del master en arteterapia de la Universidad Complutense de Madrid, se han llevado a cabo investigaciones muy interesantes en distintos ámbitos: el educativo, el social y el clínico. En el ámbito educativo en centros académicos públicos se realizaron varias investigaciones sobre el tema. En una de ellas se partió del convencimiento de que el arte es inherentemente terapéutico, y se realizó en un instituto fuera de las horas escolares un “Taller de arteterapia: espacio y tiempo para la creación artística como vehículo para el desarrollo emocional” al que asistieron adolescentes de forma libre a los que se les había informado en qué consistiría este taller. Entre los objetivos principales al hacer este taller estaba el colaborar en el desarrollo emocional del adolescente a partir del trabajo plástico, conociendo de antemano la necesidad de actuar en sus distintos aspectos emocionales, su

auto estima emocional baja en contraste con la alta autoestima familiar y social, así como su tendencia a la introversión.

Otro estudio también se realizó en un Instituto Público de Madrid, se hizo un taller de arteterapia orientado para trabajar con alumnos/as de escuelas secundarias que mostraran algún tipo de conflicto o limitación en su desarrollo escolar, así como problemas de comunicación y de integración social. Para ello, de acuerdo con el director del centro se trabajó con 4 adolescentes entre 13 y 15 años en donde sus objetivos fueron el de explorar las posibilidades de la creación artística para impulsar y fomentar la comunicación, ofrecer un espacio de creación y libre expresión para promover la espontaneidad como alternativa para contribuir a reafirmar su identidad, emplear la metáfora como alternativa para representar sus miedos e inquietudes, y despertar el interés por la autorreflexión.

Con adolescentes en régimen de Garantía Social Educación Especial en un centro Educativo Público de Integración se trabajó con adolescentes que sufrían deficiencias mentales breves o moderadas, algunos con deficiencia física, algunos iban a clase medicados y con problemas emocionales y sociales. Se trabajó especialmente para potenciar el desarrollo de mecanismos de interacción social, así como en reforzar su autoestima, al ayudarles a conocer la imagen que tienen de sí mismos y la que les gustaría tener, conocer como creen que son percibidos por los demás, conocer sus sentimientos. Se les hizo hacer un contrato de participación en los talleres en los que se debían comprometer en respetar el derecho a la confidencialidad de sus compañeros/as, asistir y haciéndolo con el ánimo de participar, esforzarse y mantener un compromiso con ellos mismos como ayuda en sus mejoras y superar sus propias barreras.

También se trabajó en un centro específico con niños/as y adolescentes con retraso mental. El arte es particularmente útil para aquellas personas con dificultades intelectuales a quienes les resulta difícil transmitir por otros medios sus ideas y sus emociones, y que incluso tienen dificultades para comprenderse a sí mismos. Su investigación la hizo con niños/as que presentaban problemas de conducta, sociales, familiares, de personalidad, apatía, todos/as con posibilidades limitadas. En los trabajos sugeridos las tareas a realizar se deben desmenuzar y secuenciar con elementos mínimos para garantizar la comprensión, siempre teniendo en cuenta que el tiempo de ejecución es distinto que en los niños/as “normales”, siendo necesario respetar el ritmo de cada uno, proporcionando el tiempo y los refuerzos necesarios.

Dentro del ámbito social se hizo durante dos años un trabajo de campo en un centro de acogida para mujeres maltratadas. Las casas de acogida son transitorias y las madres con sus hijos/as tienen una estancia aproximada de seis meses. Entre los objetivos que se planteó al trabajar con este colectivo el principal fue el de fortalecer la autoestima de estas mujeres que debido al período prolongado en que han sufrido malos tratos, llegan con un alto grado de desestructuración; para ello se les propició un espacio propio en el que tuvieran ocasión de reflexionar sobre sí mismas y comprender las causas y motivos que generaron su situación. Actualmente se trabaja en talleres con adultas maltratadas y niños a través de la Comisión de Malos Tratos de la Comunidad de Madrid.

En la casa de acogida anteriormente citada también se trabajó con los niños/as, teniendo presente que a los niños/as que sufrieron maltrato no les desaparece la angustia

por estar fuera de su casa en donde veían y recibían maltrato, y por este motivo es muy importante hacer terapia con ellos/as porque si no al ser mayores repetirán lo que han visto en su niñez. Otra de las cosas que hay que tener en cuenta, que en estos espacios se encuentran familias no sólo de distintas regiones de España, sino de distintos países, lo que puede provocar tensiones. El objetivo fundamental de esta investigación fue el de aprender a que niños y niñas se conocieran mejor a través de las imágenes que crearan, para que pudieran modificar en su vida aquello que no les gustara. Conocerse a sí mismos para aceptarse, comprenderse, aceptar su entorno y disfrutar de él, y darse cuenta de cuáles son sus límites y conocer sus posibilidades.

En una casa de acogida para niños y niñas, se llevan realizando talleres de arteterapia dentro del marco con niños y niñas con situaciones extremas, niños y niñas no deseados, maltratados o abandonados, de padres en situaciones extremas que no pueden mantener a sus hijos, padre o madre que está en la cárcel, o uno de ellos con problemas de drogas, así como de hijos de inmigrantes que todavía no han encontrado trabajo los progenitores. El arte les ayuda a mejorar la comunicación con ellos mismos y con los demás, a sentirse valorados como personas, y adquirir seguridad y desarrollar su autoestima, ayudándoles a potenciar su imaginación creadora.

En la institución penitenciaria de Valdemoro, a través del convenio del Master con Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, se ha trabajado específicamente con un módulo de internos aquejados de problemas de desestructuración personal, a menudo asociados a problemas de adicción o enfermedades degenerativas, donde se ha centrado sobre la autoestima, el crecimiento personal y el lazo social y con un módulo de preventivos, trabajándose principalmente aspectos de comunicación y expresión.

De igual modo, se comienza a trabajar en centros de atención para la tercera edad, focalizando los objetivos en la recuperación del lazo social, el combate contra la incomunicación, el trabajo de aspectos de la estima personal y la recuperación y estímulo de la memoria.

En el ámbito clínico se ha investigado en Hospitales Psiquiátricos en donde los objetivos terapéuticos abarcan tres tipos de ámbito: el emocional, el intelectual y el lúdico. Los principales han sido el re-conocimiento de uno mismo y de los otros, en el sentido de volver a conocer, de descubrir dimensiones hasta ahora desconocidas, de empatía, de sentirse identificado, de reconocerse; la satisfacción de crear, para lo que se debe plantear grados de dificultades técnicas mínimas y que con ellas se puedan lograr resultados estéticos; una redefinición de la realidad; el poder expresar las emociones, una búsqueda de soluciones diferentes y el encuentro con lo lúdico para que se puedan relajar sus mecanismos de defensas.

En el año 2003 se ha firmado -y prorrogado durante 2004- un convenio entre la Fundación Coca-Cola España y la Sección Departamental de Didáctica de la Expresión Plástica de la Facultad de Educación de la UCM, para realizar una investigación sobre “Talleres de Arteterapia en distintos ámbitos sociales”, en la que se están desarrollando talleres en tres hospitales de Madrid: el Hospital de La Paz., el Hospital Clínico y el Hospital Ramón y Cajal. Los talleres de arteterapia se están realizando en distintos

departamentos como Pediatría, Oncología y Transplantados, se está trabajando con niños/as y adolescentes, y así también con aquellos/as que no se puedan desplazar, realizándolo cama a cama. En las sesiones en los talleres se trabaja con niños y niñas desde 4 años a 18 años, por lo que son muy distintas las orientaciones en los distintos casos, se trabaja con distintos materiales y técnicas, témpera, ceras, plastilina, etc. Así como con materiales propios del hospital como radiografías, vendas, con lo que se desdramatiza la estancia en el hospital. La actividad cama a cama, con aquellos niños y niñas con más conflictos, tanto porque su gravedad no les permite salir a las aulas y relacionarse con otros, o en otros casos, aun pudiendo físicamente, ellos se niegan a ir a ellas debido al shock psíquico que la enfermedad y/o tratamiento ha producido, aporta la posibilidad de tratar temas más íntimos y privados. En esta investigación están trabajando ocho arteterapeutas, así como alumnas del master en arteterapia que realizan las prácticas colaborando con ellos.

A la vez, y dentro del contrato de investigación con la Fundación Coca-Cola, se está realizando otra investigación en la que están participando dos arteterapeutas, secundadas por dos alumnas del master en prácticas, con enfermos y enfermas de Alzheimer con Mensajeros de la Paz-Edad Dorada. Se está comprobando que el arteterapia resulta eficaz desde distintas perspectivas: como instrumento en la conservación de capacidades, en tanto activa la memoria, la capacidad relacional, las habilidades psicomotoras y la coordinación óculo-manual; como ayuda a combatir la depresión y mejorar el estado anímico, ya que al ser una actividad que se desarrolla dentro del marco del lenguaje no verbal ofrece a enfermos y enfermas la posibilidad de expresar de forma tangible sus emociones; y como ayuda en el restablecimiento o conservación de un canal efectivo para la comunicación, contribuyendo a mantener el lazo social, la memoria y los afectos.

Al término de estas investigaciones se publicará un libro, en el que se dará cuenta de cómo ha sido el trabajo y de los resultados obtenidos en los distintos centros.

PUBLICACIONES REALIZADAS EN MADRID SOBRE EL TEMA

“el artista tiene el privilegio de acceder al inconsciente”
(Louise Bourgeois)

La inmensa mayoría de libros, investigaciones y revistas sobre arteterapia y terapias expresivas están escritos y editados en los EEUU y Gran Bretaña. Son más escasos en otros países como Alemania, Francia o Italia. En Latinoamérica debemos destacar Brasil, donde hay estudios de arteterapia en varias ciudades y encontramos varios libros y revistas sobre el tema. En Argentina se pueden encontrar algunos libros escritos en el país con relación al tema y alguna traducción.

En los últimos años, ECARTE, que celebra su conferencia internacional cada dos años, publica las ponencias y comunicaciones seleccionadas. Están ya en la calle el volumen I y II, con aportaciones desde España, de María Vassiliadou, Noemí Martínez, Marián López Fdz. Cao, Ana Mampaso, Ana Belén Núñez, o Belén Nieto.

En el territorio español son muy pocos los libros traducidos, y casi ninguno escrito en español. Libros que pueden ser antecedentes en el tema lo encontramos en *Pintura*

psicopatológica escrita por el psiquiatra José Antonio Escudero Valverde, y editado en el año 1975 por Espasa Calpe y en *Locos egregios* del psiquiatra Juan Antonio Vallejo Nájera, editado en 1977 en Planeta. El doctor Escudero Valverde fue director durante muchos años de la Clínica Psiquiátrica Militar de Ciempozuelos, y en el libro nos cuenta que *desde hace treinta años y paralelamente a nuestras actividades clínicas psiquiátricas hemos seguido con especial interés las posibilidades productivas plásticas de los enfermos mentales sobre todo en lo que hace referencia a la creación plástica*. En su obra hace un repaso a las investigaciones anteriores sobre el tema, haciendo hincapié en el tema de la estética y la psicopatología y el arte infantil y primitivo. Tiene un ensayo sobre la obra de Van Gogh y realiza y un estudio sobre la obra de los enfermos con psicosis maniaco-depresiva, con la obra de un enfermo con depresión endógena, otro hipomaniaco, y un tercero hipomaniaco-alcohólico; sobre la pintura de los epilépticos y la producción artística de los psiconeuróticos, en donde trata sobre la “terapéutica por la creación artística” y estudia la obra de enfermos con psiconeurosis, neurosis y alcoholismo. El libro está muy bien editado e incorpora cantidad de ilustraciones a color, aunque podemos poner reservas del texto.

Con respecto al texto del doctor Vallejo Nájera, destacamos en especial su epílogo que titula *Psicopatología del arte* en donde hace un recorrido de los distintos autores que han escrito sobre genio y locura, comenzando por Cesare Lombroso en el siglo XIX, que vino a decir que la mayoría de los grandes hombres padecieron trastornos psiquiátricos o neurológicos. A comienzos del siglo XX la psiquiatría aportó dos herramientas de trabajo como la gnosología y el psicoanálisis, en la segunda y tercera décadas adquiere notoriedad el enfoque tipológico. Posteriormente la psiquiatría se orientó en dos direcciones, una la de delimitar la esencia del poder creador identificando lo que llaman “proceso primario” y la otra renuncia al análisis de la esencia de la creatividad.

Se han editado otros libros relacionados con la medicina y el arte, muchos de ellos editados por los laboratorios, como Sandoz que ha editado muchas traducciones y obras de psiquiatras españoles como las publicaciones *Expresiones estéticas de la locura* de J. Delay y R. Volmat en 1966, *La condesa de los arrabales. Evaluación pictórica de una esquizofrénica* de A. Bader en 1972. *Locura y creatividad. Un estudio sobre la producción pictórica de los esquizofrénicos* de D. Barcia editado por Janssen-Cilag en 1999, es un libro muy documentado sobre el tema, en el que hace notar las varias orientaciones y finalidades de la obra artística de los enfermos mentales que Volmat ordena en tres grupos: de análisis clínico de estudio de las características de las obras, especialmente las espontáneas, de investigaciones experimentales relacionadas con tests de dibujos, análisis bajo la acción de diferentes drogas, etc.; y de investigación psicopatológica del arte analizadas a partir de las distintas escuelas de psicología; a la que Barcia agrega una cuarta que es la utilización de la producción gráfica como vehículo de comunicación. Otros libros son *El Arte en Pediatría* de J. I. Fdz Arana Amurria, por el Laboratorio Menarini, en 1999, donde trata de los cuadros relacionados con enfermedades de la infancia; *Una visita médica al Museo del Prado* de A. Castillo Orugas, editado en 1999 por la Fundación J.B.; *El arte de la psiquiatría. La depresión y la ansiedad comentada por psiquiatras a través de la pintura*, dos tomos con unas buenísimas ilustraciones editado en el 2002 por WYETH.

El libro *El dibujo como terapia de rehabilitación* de E.M. Bongiovanni, editado en Madrid por Maphre en el año 1980, cuenta la experiencia de este artista y profesor argentino en un taller de un hospital catalán, experiencia realizada durante un año. Este libro no presenta un gran valor para los estudios en arteterapia.

Con respecto al tema específico de arteterapia, se editará próximamente en Madrid por la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid un libro sobre “Educación y arteterapia”, coordinado por las autoras del presente artículo, con aportaciones de distintas arteterapeutas madrileñas y especialistas sobre el tema. El libro está dividido en tres bloques, en el primero se hacen unas consideraciones generales sobre pedagogía crítica, el arteterapia en su relación con el entorno, las artes plásticas, la fotografía, el video y la narrativa. En un segundo bloque se estudia sobre el arteterapia y la infancia, en la representación gráfica infantil, en su utilización en los hospitales, con niños y niñas autistas, y con retraso mental, y cómo la imagen abre la puerta de la palabra. En el último bloque de arteterapia, adolescencia y edad adulta, se investiga sobre su acercamiento para la educación, su efecto en la adolescencia, con las mujeres víctimas de violencia de género, y finalmente con enfermos y enfermas psiquiátricos.

La revista *Arte, Individuo y Sociedad*, del departamento de Didáctica de la Expresión Plástica, que edita el Servicio de Publicaciones de la U.C.M., ha publicado diversos artículos sobre el tema. En el año 1996 “La terapia artística como nueva enseñanza” de Noemí Martínez Diez, en el año 2000 “Arteterapia para grupos de personas sin hogar” de Elvira Gutiérrez, “Tres aproximaciones al arteterapia” de Lilia Polo Dowmat, “Lygia Clark” de Noemí Martínez, “ECARTE, el consorcio europeo para la educación en arteterapia” de Marián López F. Cao; “Aproximaciones al Arteterapia: una experiencia en Granada” de Virtudes Martínez. En el año 2001 “Taller de expresión plástica para el equipo de educadores de la Comunidad Terapéutica Manresa en Santiago de Chile” de Pilar Diez del Corral, “La danza terapia en España” de Susana Valé Madeo, “Investigar para el reconocimiento de la profesión” de María Vassiliadou Yiannaka y “Técnicas de video en terapia artística” de Ana Mampaso y Belén Nieto.

CONGRESOS Y SEMINARIOS REALIZADOS EN MADRID

La VII conferencia internacional de arteterapia se celebró en Madrid, los días 18,19,20 y 21 de septiembre de 2003. Fue organizado por la European Consortium of Art Therapy Education (ECARTE), siendo el asesor local la Universidad Complutense y la Universidad Autónoma. Atrajo a más de trescientos participantes de treinta y dos países de todo el mundo, desde Japón y Nueva Zelanda a Brasil, pasando por Israel, Europa, EE.UU y Canadá. Uno de los objetivos que se impusieron las asesoras locales del Congreso fue la de abrir las puertas a las actividades e investigaciones sobre arteterapia en Latinoamérica. De este continente hubo una nutrida representación de Argentina, Brasil, Chile y México.

La inauguración tuvo lugar en el Museo de América, el día 18, y a la misma asistieron:

- el Magnífico Sr. Rector de la Universidad Complutense, D. Carlos Berzosa,
- la Vicerrectora de Cultura, D^a Isabel Tajahuerce,
- la Directora General de Promoción Educativa de la Consejería de Cultura de la Comunidad de Madrid, D^a. M^a Antonia Casanova,

- la coordinadora de actividades del Museo de América, D^a Elena Delgado, así como
- la presidenta de ECARTE, D^a Christine Lapoujade, de la Universidad René Descartes, París y
- la directora de la Conferencia, D^a Line Kossolapow, de la Universidad de Münster.

Las conferencias inaugurales corrieron a cargo de la doctora Marián López Fdz. Cao, que pronunció la conferencia “Arteterapia en España” y la doctora D^a. Noemí Martínez Díez, que disertó sobre “Arteterapia en Latinoamérica”, ambas de la Universidad Complutense de Madrid, D^a. Ana Mae Barbosa, de la Universidad de Sao Paulo, habló sobre “Distintas concepciones del arteterapia en Brasil” , y D. Robert Landhy, sobre “Experiencia con niños en dramaterapia después del 11s” , de la Universidad de Nueva York, y D^a Diane Waller, que habló sobre “Calidad del Arteterapia en el ámbito profesional europeo” de la Universidad de Londres.

Durante el congreso se presentaron más de 160 comunicaciones de profesionales de todo el mundo incluyendo talleres de danza, arte, drama, música y fototerapia. Se debatió, entre otros muchos temas, en torno a las orientaciones disciplinares y de investigación, métodos y modos de trabajo y registro; sobre la relación terapeuta-cliente- obra artística, sobre las implicaciones verbales y no verbales; aspectos desde el arte, la estética y los artistas, así como la práctica y resultados del arte terapia en los distintos colectivos de atención, desde los jóvenes, las distintas psicopatologías, las patologías relacionadas con los desórdenes alimenticios, entre otros. De España, participaron ponentes de la Universidad de Barcelona, la Universidad de Vigo, de la Autónoma de Madrid, de la Universidad Complutense, así como de diversas instituciones catalanas, vascas y madrileñas.

Por otro lado, el Seminario Internacional Complutense “El Arte Terapia como profesión universitaria reconocida: Redes internacionales y planes de actuación en la formación y su salida profesional” se celebró los días previos a la VII Conferencia Europea de Arte Terapia en el Museo de América, aprovechando la ocasión de la Conferencia Europea al reunir a profesionales distinguidos sobre Arte Terapia de distintos puntos del globo. Se celebró por invitación, como Seminario cerrado de trabajo y a él asistieron los directores de master de Arteterapia españoles, y de varios países como Argentina, Brasil, Alemania y Francia, así como directores de programas sobre arteterapia.

En él hemos tenido la oportunidad de comentar los puntos de encuentro y diferencia de los planes de formación de los distintos Masters españoles, europeos y latinoamericanos, y las distintas expectativas de cada uno de los mismos. La convergencia europea y el deseo de convertirse en un master dentro de la misma fue un elemento común valorado y objeto de debate y estudio por todos los asistentes. En la carpeta preparada a tal efecto constaban documentos relativos a la convergencia europea y a los colegios profesionales.

Asimismo, se pudo observar los distintos modelos de funcionamiento y financiación de los masters existentes, desde los de carácter gratuito, en Buenos Aires, a los de carácter privado, en algunos lugares de España. Entre los participantes de habla hispana fue patente la necesidad de textos de formación e investigación en castellano, en la nueva profesión de Arteterapia. Podemos decir que de esta reunión, los directores del master en Buenos Aires,

recogieron esta necesidad, y en el mes de julio de 2004 presentan un libro sobre el tema, en el que han participado diferentes arteterapeutas de América y España.

El futuro profesional y los estándares de los profesionales del arteterapia fue otro elemento debatido, considerándose lo incipiente de la profesión en alguno de los países. Se argumentó sobre la idoneidad de los Colegios profesionales/ idoneidad de las Universidades, como legitimadoras y garantes de la profesión.

Se comprobó cómo en los distintos países existe cada vez mayor interés por este campo de estudio y profesionalización.

La profesora Christine Lapoujade, presidenta del Consorcio Europeo de Educación en Arte Terapia, habló de las ventajas de la asociación de Universidades europeas, y la doctora Line Kossolapow, dentro del marco europeo informó sobre el Master europeo en arteterapia, como tercer año de los estudiantes de los masters en los distintos países respectivos de Europa. Informó de los posibles modelos y de los módulos de que constaría.

Por último, el director del Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, y director de Televisión Educativa Iberoamericana, informó de las posibilidades de la televisión educativa como soporte para módulos conjuntos europeos-latinoamericanos, y futuros doctorados.

Se comprobó la necesidad de encuentros periódicos entre los directores de los Masters para la puesta en común, diseños compartidos, posibilidades de módulos comunes, etc., así como la constante relación con los países latinoamericanos que comienzan ahora su andadura en la puesta en marcha de nuevos estudios relacionados con arteterapia (como Uruguay, Chile, México, etc.)

CONCLUSIÓN

El arteterapia es una disciplina en expansión. Como tal, se implanta en muchas áreas simultáneas y con muy diversos carices.

Pensamos que es labor indispensable e inmediata de las instituciones universitarias velar por una formación adecuada y una rigurosa implantación y desarrollo profesional.

Para concluir, queremos terminar con una frase de Rilke, que señala parte del quehacer de nuestra disciplina:

“El arte es una confesión, profundamente interior, que coge pretexto de un recuerdo, una experiencia o un acontecimiento para liberarse y que, independientemente de su autor, pueda existir sola” (Rainer María Rilke)

BIBLIOGRAFÍA

- BARBOSA, A. M. y CIORNAI, S. (2000). Imágenes de creatividad. Diálogo Ana Mae Barbosa e Selma Ciornai. *Insight*, X, 1 (3), 9-18.
- GILMAN, S.J. (1993). La construcción de la creatividad y la locura. En *Visiones paralelas. Artistas modernos y arte marginal*. Madrid: Centro de Arte Reina Sofía.
- GONZÁLEZ MAGNASCO, M. (1996). Arte-terapia. *Elefante en el bazar*, 1, n° 1, 34-37.
- HELLER, R. (1993): Los antiguos del expresionismo. En *Visiones paralelas. Artistas modernos y arte marginal*. Madrid: Centro de Arte Reina Sofía.
- KRAMER, E. (1982). *Terapia a través del arte en una comunidad infantil*. Buenos Aires, Kapelusz.
- NAUMBURG, M. (1978). La terapia artística: su alcance y función en *Tests Proyectivos Gráficos*, de E. F. Hammer. Buenos Aires: Paidós.
- PAIN, S.; JARREAU, G. (1995). *Una psicoterapia por el arte. Teoría y técnica*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- RODRÍGUEZ, J. (1958). *El arte del niño*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

EL MITO DEL ARTISTA Y LA LOCURA

Julio Romero

LA RELACIÓN ENTRE EL ARTISTA Y LA LOCURA

A lo largo de los siglos, una extensa tradición cultural ha venido relacionando de manera más o menos directa el ámbito de lo creativo y el de la locura. Leyenda o verdad, metáfora o reflejo de la realidad, el hecho es que tal vinculación ha estado muy presente en el discurso artístico y en la manera en que ha sido percibido el creador. El parentesco tantas veces mencionado entre el artista y un cierto tipo de locura ha situado bajo cierta luz especial y enigmática a la figura del creador, ha fomentado formas de entender el trabajo y el proceso creativos como fenómenos que exceden la normalidad o escapan de alguna forma a ella, y continúa, todavía hoy, muy presente en modos cotidianos de pensar en torno al individuo creativo o al artista, constituyendo un modelo cultural bastante extendido.

Antes que nada, hay que señalar que cuando aquí se habla de locura no se está empleando el término en un estricto sentido médico. De hecho, no hace falta advertir que el término locura no se utiliza como caracterización diagnóstica desde hace al menos un siglo y que, en todo caso, su equivalente en las categorías actuales sería algún tipo de patología de tipo psicótico. Lejos de ello, aquí utilizamos el término locura para referirnos a un abanico de rasgos de personalidad, conductas, características cognitivas o afectivas que sobrepasan esa dimensión estrictamente patológica y se acercan bastante más a la normalidad o a la difusa barrera de la normalidad dentro de un continuo entre ésta y lo patológico. En un sentido restringido, la relación entre el artista y la locura alude a la posibilidad de que exista una conexión en términos médicos entre el creador artístico y la psicopatología; mientras que en un sentido amplio, tal vinculación remite a algo mucho más general: a la posibilidad de que el artista, el creador, sea alguien especial, diferente al resto de los individuos, y que su actividad y capacidad creadora se asiente precisamente sobre esa peculiaridad, siendo así una actividad y una capacidad distinta a las que pueden tener o desarrollar el resto de los individuos y, en último término, implicando un cierto desequilibrio, inadaptación, aislamiento, inestabilidad, sufrimiento. Desde ese punto de vista, la conducta excéntrica que se achaca en ocasiones a los artistas, cierta labilidad emocional que parece ser también relativamente frecuente, los procesos de pensamiento no del todo racionales o lógicos que pueden darse en la creación artística... todo eso lo incluimos bajo el paraguas genérico de locura entendida en un sentido muy amplio, en cuanto algo que no transcurre completamente dentro de los cauces de la razón, la consciencia, la lógica, la voluntad, y que en ciertos casos puede implicar desequilibrio, inestabilidad, alteración, dolor. Y lo hacemos así con la intención de dar cabida en ese término a la antigua tradición cultural que habla de tal característica en los artistas y en los grandes genios y que no se pierda la parte posible de verdad que pudiera contener esa tradición.

LA TRADICIÓN CULTURAL

“¿Por qué todos aquellos que han sido hombres de excepción, bien en lo que respecta a la filosofía, o bien a la ciencia del Estado, la poesía o las artes, resultan ser claramente melancólicos?”¹ se preguntaba Aristóteles inaugurando de manera “oficial” lo que sería una larga cuestión polémica y carente de respuesta definitiva hasta la actualidad; y proporcionando, asimismo, una argumentación importante para una línea de pensamiento que lleva a asociar arte y locura, creación con desequilibrio, genialidad con anormalidad, con enfermedad, con sufrimiento, con lo diferente en último caso.

Esa pregunta de Aristóteles es un punto clave en el camino de largo recorrido que traza la historia de esa tradicional relación, pero no es la primera ocasión en que se remarca tal parentesco. Antes de él, Platón ya había sugerido la irracionalidad parcial de la labor del poeta, inspirado por las musas, atrapado por lo que llamó la “divina locura”. Antes todavía que ellos, Sócrates se había referido a una especie de genio interior cuya voz, en algunas ocasiones, dirigía en cierto modo sus acciones en público o influía en su actuación². Y antes aún que estos filósofos, otros personajes tan imbricados en nuestra cultura occidental, como Homero, introducían en sus cantos invocaciones y referencias a las divinidades, sugiriendo así que la labor del rapsoda (antecedente lejano de lo que sería después el artista o de lo que actualmente entendemos como tal) dependía en parte de esa influencia irracional y sobrenatural y no tanto de la técnica, del aprendizaje o del cumplimiento estricto de unas reglas de composición o actuación.

Tras ellos, muchos otros grandes pensadores han continuado la reflexión en torno al vínculo entre creación y locura, a veces proclamando tal parentesco, a veces negando cualquier proximidad. En el marco de esa tradición cultural, en un principio se quiso explicar la labor misteriosa del poeta, que parecía escapar a la explicación puramente racional, acudiendo a la influencia de un poder sobrenatural del que todavía hoy oímos hablar mucho cuando se trata de referirse al creador y su trabajo: las musas. Como es lógico, se pensó que esa influencia sobrenatural o sobrehumana tendría que actuar, asimismo, sobre un estado psicológico especial, adecuado, por parte del poeta, del receptor. Ese estado particular fue asociado tradicionalmente a la locura, quizás en un sentido bastante amplio, pero en todo caso a lo que escapa a la razón, a lo diferente. Así pues, el poeta estaba en esos momentos especiales fuera de sí, enajenado, ajeno a sí mismo. Todo ello explicaba o, mucho más precisamente, proporcionaba un modo de aparente explicación o descripción de algo que no se acababa de comprender, que sobrepasaba la argumentación lógica y desafiaba las explicaciones basadas exclusivamente en la técnica o en las reglas del arte. Pero era sólo una explicación en su apariencia: ¿cómo

¹ Aristóteles, *Problema XXX*, 1, 953a 10. Este es el inicio del *Problema XXX*, 1, atribuido inicialmente a Aristóteles y más tarde a Teofrasto.

² Esto y algún otro detalle le valdría ser catalogado, paradójicamente, como enfermo mental mucho más tarde por Lèlut, psiquiatra francés de los comienzos de esa disciplina científica, que llevado por la racionalidad y la interpretación literal desvinculada del contexto y del sentido original, llegó a confundir en el caso de Sócrates metáforas y realidad, ilustración con explicación.

podemos explicar la parte enigmática de la labor poética por la influencia de seres sobrenaturales o por situarnos en un estado psicológico aparte de la normalidad? ¿Cómo podemos pretender dar razón de algo que nos resulta enigmático mediante unas instancias o estados que comprendemos menos aún y cuya existencia es poco menos que cuestionable? La respuesta puede ser que, más allá de esa intención explicativa, la función de esas argumentaciones era, y sigue siendo, hacer comprensible algo que no lo es, permitir asimilarlo dentro de una construcción coherente y expresiva. Es en este sentido que podríamos decir que estamos ante explicaciones que no explican, pero que permiten situar el enigma del poeta y de su creación dentro de un marco que les da sentido: el marco de lo sobrenatural y de lo distinto, lo no sujeto a la razón.

En la evolución de esa tradición cultural, pronto se daría el paso de tratar con una inspiración divina a hablar de una inspiración humana: un tipo de estado psicológico especial más permanente, que ahora ya dependía de una peculiar capacidad personal y no de una esfera sobrenatural. Una especial capacidad innata vendría a ser el elemento explicativo de lo inexplicable de la creación, lo que trasladaba toda esa carga enigmática al propio creador. Lo sobrenatural, lo divino, se hizo sobrehumano y se localizó en el individuo. Fue éste el que pasó a ser considerado diferente, no sólo su manera de trabajar o ciertos estados mentales pasajeros. Por una particularidad indefinible e inexplicable, que escapaba de nuevo a la razón, el genio creador era distinto a todos los demás y muy superior en su actividad creativa, obteniendo logros que parecían sobrepasar las capacidades humanas.

Pero éste no sería el punto final, sino un paso hacia una situación más compleja. Pronto esa diferencia que caracterizaba de una u otra forma al creador, esa naturaleza distinta, le convertiría no sólo en un individuo especial sino también en el escenario de un drama psicológico. Por el tiempo de la crisis del Renacimiento, la figura del artista aparecía claramente dibujada ya con rasgos ambivalentes y plena de tensión psicológica. La imagen del creador que se iba configurando, un artista melancólico que representaba el rescate y renovación de aquella afección que Aristóteles había asegurado que era típica de los personajes sobresalientes, parecía situada en un estrecho terreno sobre el abismo, manteniéndose en un equilibrio inestable y peligroso: una imagen enigmática, un ser fronterizo que cautivaba por sus logros y por el drama que parecía encarnar y representar.

Artistas trabajando en aislamiento social, absortos en su labor y olvidando el cuidado personal o el trato humano, rebasando y cuestionando las reglas de su oficio, mostrando ciertos signos de desequilibrio, conductas excéntricas, ropajes extraños... todo ello empezaba a ser frecuente en escritos sobre la vida de los artistas y otras fuentes. La enfermedad melancólica del artista, el sufrimiento derivado de una tarea cuya perfección se presumía cada vez más claramente como algo imposible para los medios humanos, la pelea constante entre la necesidad de ajustarse a unas formas de hacer, unas técnicas, un aprendizaje y la sospecha de que sólo rompiendo con todo ello podía dejarse el paso libre para la creación verdaderamente valiosa... se convierten en compañeras de viaje del creador y en rasgos que la sociedad empieza a identificar nítidamente con el artista y a imaginar que caracterizan a cualquiera que

merezca tal denominación. Así, de alguna manera la pregunta-afirmación de Aristóteles —¿por qué todos los hombres sobresalientes han sido manifiestamente melancólicos...?—había sufrido un giro muy significativo: no ya que todos los personajes sobresalientes hubieran podido ser melancólicos, sino que ser melancólico —o mostrar los signos de serlo, parecerlo— empezaba a ser un requisito para ser considerado un personaje sobresaliente, y también en el campo del arte.

En el contexto del Romanticismo se exaltaría al máximo esa tragedia individual, ese drama psicológico, esa tensión y convivencia del artista con el dolor, la enfermedad, la locura, el lado oscuro de la realidad, convirtiéndose todo ello en componente fundamental del modelo cultural del creador y en parte trascendental del proceso de creación. La lucha, la tensión, el drama, el conflicto acompañaban al artista engrandeciéndole a él y a su obra. El proceso creador tenía mucho que ver y con el sueño, la enfermedad, lo que transcurría en la sombra de la razón. “En la mitad de la existencia somos artistas, en tanto que soñamos”, proclamaba Nietzsche (1999: 82). Lo racional no era lo que más entusiasmaría al artista, precisamente. Y así William Blake rizaba el rizo de la lógica al advertir de que “todo cuadro pintado con sentido común y reflexión es, de seguro, obra de locos” (W. Blake 1998: 196). Todo aquello que situamos bajo el área de influjo del término locura venía a ser ensalzado como nunca antes, tras una época inmediatamente anterior de predominio de la razón, la norma y el equilibrio.

Además, a medida que el valor de lo individual iba tomando fuerza respecto a las imposiciones sociales, culturales o del ámbito artístico, el artista iría convirtiéndose en protagonista absoluto, a la vez que aumentaría notablemente su libertad creadora. La independencia respecto a los gremios, más tarde de las academias, y por último de las tradiciones e incluso de las vanguardias, proporcionaría al artista un gran poder individual, una libertad cada vez mayor. Pero la paradoja suele estar presente en las cuestiones humanas y, al mismo tiempo que esa independencia cada vez de mayor calibre, también se volvería progresivamente más consciente de la ausencia de un marco protector y orientador. En esta situación, se da un paso más en la trayectoria que venimos reflejando: el artista llega a ser especial porque es único. Debe realizar su propia creación personal, su libertad para ello acabará siendo absoluta o casi absoluta, pero también su soledad, aislamiento y desorientación.

Ese modelo del artista aislado, único, sumido en su subjetividad, desorientado, sujeto a notables tensiones, enfrentado en ocasiones a la sociedad, no es sólo la consecuencia de la imagen cultural que se ha ido elaborando del artista alienado, sino el producto y el reflejo de la propia evolución social y cultural del arte. No es ya sólo que se puedan encontrar ejemplos de artistas que hayan mantenido esa posición o esa actitud, es que esa es en parte la posición y la consideración que frecuentemente la sociedad ha otorgado al artista o en la que ha venido traduciendo su evolución como grupo social.

UN TIPO ESPECIAL DE LOCURA

Pero, echando pausadamente la vista atrás, se puede apreciar que desde la tradición cultural no se dice, en realidad, que el artista sea un loco o que la creación artística pertenezca al

ámbito de la locura en un estricto sentido. No se sitúa, en general, al poeta primero o al artista después en el terreno de la locura como enfermedad, sino en otro espacio intermedio. Como señala Trilling, “de Platón en adelante, el de la imaginación inspirada fue considerado, como hemos dicho, un proceso especial de cierto interés, que la similitud con la locura hacía un tanto inteligible. Pero esto no es lo mismo que decir que el poeta es la víctima de una aberración mental real” (Trilling 1971: 201).

En términos generales, en la tradición cultural se habla de una locura un tanto especial o particular de los poetas, como afirma Platón; de una melancolía entre los individuos sobresalientes, como sostiene Aristóteles; de un toque de locura en los grandes genios, que dice Séneca, o la noble melancolía del artista que se ensalza tras la revisión neoplatónica renacentista. Igualmente, y progresando en el tiempo, se habla de “el genio que vaga salvaje en la tierra de la fantasía, reinando sobre su propio imperio de quimeras”, que caracteriza Edward Young en el s.XVIII, o de “el genio de sensibilidad extrema, capaz de contravenir las leyes de la razón”, al que se refiere Diderot, o del “genio sometido a vivos afectos y a pasiones poco razonables, que linda con la locura”, como le sitúa Schopenhauer, por ejemplo. Nada hay en todo ello de locura en sentido estrictamente médico, sino más bien una pretensión de hacer inteligible, como decía Trilling, algo que se resistía a ser comprendido y aprehendido en su naturaleza y funcionamiento.

Se expresa en todos estos casos una relación entre el artista y la locura en sentido muy amplio, pero no tanto una categorización como enfermo mental. Se trata de explicar, o al menos ilustrar para hacerlo comprensible, algo que escapa a la razón, algo excepcional y enigmático, mediante ese apartamiento de la razón y de la normalidad en el creador. La diferencia cualitativa sería, por tanto, una de las claves en esa imagen cultural del artista cercano a la locura. Ese artista sería, finalmente, alguien diferente, alguien que no es como los demás, que no se comporta como los otros, que no se guía por los mismos principios, que desarrolla su trabajo por otras vías y para otros fines muy distintos a los de la gente común. Por eso sería, según esa tradición, alguien especial, señalado por los dioses, y por eso también estaría marcado por la enfermedad, el sufrimiento, la locura, en último término, aquello que es diferente. De esta manera se otorgaba un cierto sentido a una esfera de la actividad humana, el trabajo artístico y creador, que parecía escapar a su aprehensión o comprensión.

Curiosamente, esa imagen resultó servir bien al artista desde un principio en ciertos casos: por un lado, suministraba una forma de entender o aprehender —que no explicar— la actividad creadora; por otro, le otorgaba un aura de grandeza y misterio, apreciable cuando se trataba de diferenciarse de los demás y ser adecuadamente valorado. La necesidad, primero, de reclamar un cierto prestigio social para el arte y el artista, y la necesidad de diferenciarse de los demás creadores después, cuando el mercado de la sociedad industrial impuso sus condiciones y las academias dejaron de ofrecer su marco protector, permiten entender parte del éxito de ese modelo cultural como imagen del creador, al menos desde el lado de éste y atendiendo a los posibles “beneficios” de la enfermedad o la diferencia.

Resulta paradójico cómo la locura, el sinsentido, es lo que parece venir a dar un cierto sentido a esa inspiración o a otras facetas difícilmente comprensibles de la actividad

creadora. Pero esa locura de la que se habla no es la que sume al enfermo en la oscuridad de la enfermedad, sino esa otra forma de locura entendida de una forma más extensa en la que la barrera entre la normalidad y la patología se muestra difusa.

LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Los inicios de la aproximación científica en las disciplinas médicas marcaron un cambio de perspectiva sobre toda esa tradición cultural. Ya no se trataba tanto de seguir pregonando la especial cualidad del creador y su cercanía con la locura sino de comprobar hasta qué punto ello era así y si efectivamente lo era.

De resultas de estas miradas inquisidoras, se fueron elaborando largas listas de personajes famosos encuadrados de una manera o de otra en categorías relacionadas con la locura o la enfermedad. Los primeros investigadores desde el campo de la primera psiquiatría (Lombroso, Morel, Moreau...) encontraron lo que en realidad andaban buscando: numerosísimos casos de artistas, creadores, personajes sobresalientes en general, en los que eran patentes —según su contemplación de estos grandes personajes del pasado a partir de datos biográficos o de anécdotas y cualquier otro tipo de información extraída de diversos contextos— signos claros de anormalidad de uno u otro tipo. Posiblemente ocurría que tal mirada no era desinteresada o neutra (como seguramente nunca puede ser en el campo de la ciencia), sino filtrada por sus propios cristales, tras los que metáforas y descripciones objetivas sobre la anormalidad o excepcionalidad del personaje sobresaliente o de su obra venían a ser vistos como la misma cosa. Todas aquellos intentos de explicar mediante la ilustración, mediante el recurso a una especie de “locura divina”, locura intermedia, se convirtieron en fuentes interpretadas literalmente desde el marco de la patología.

Pronto estas primeras aportaciones se irían sistematizando: análisis biográficos de individuos reconocidos, estudios sobre características fisiológicas también de personajes de prestigio, patografías (esto es, biografías realizadas a la luz de los rasgos o manifestaciones de tipo patológico), estudios de casos (entre ellos los que iniciaría ya el primer psicoanálisis atraído por esa naturaleza ambivalente del creador y su relación con el conflicto psíquico) llenaron las publicaciones y vinieron a generar renovada polémica sobre la cuestión de la normalidad o anormalidad del individuo sobresaliente en general, y del artista en particular. Tales primeros estudios ignoraron la posible influencia del modelo cultural sobre la realidad que pretendían investigar y dieron, asimismo, carácter de información objetiva a numerosos retazos de tradiciones, comentarios y leyendas acerca de artistas y personajes de renombre. De esa forma, muchas de esas investigaciones vinieron a reforzar, en la práctica, el vínculo del creador con la locura cuya veracidad buscaban dilucidar. Pretendiendo en principio distinguir y comprobar la naturaleza cierta o falsa de la relación con la anormalidad que les venía interesando, finalmente sus aportaciones se convertirían en parte añadida de la leyenda, en unos cuantos granos de arena sobre la amplia extensión de relatos, interpretaciones, versiones que presentaban al creador como alguien de naturaleza distinta y al proceso creativo como algo enigmático, ajeno a la razón, y como una actividad más relacionada con el enfrentamiento que con la adaptación social.

La aparición de las primeras pruebas para medir la inteligencia y las características de personalidad, el surgimiento posterior de los tests para valorar la creatividad, así como el impulso que recibió la investigación en ese área desde mediados del siglo pasado, el desarrollo de la estadística y el establecimiento de categorías diagnósticas estandarizadas generarían nuevas metodologías de investigación y nuevos intentos de estudio y respuesta de la polémica cuestión en torno a la creación y la locura. En esa dirección, abundan las investigaciones sobre características de personalidad de los creadores, o de sus familiares próximos o de creadores diagnosticados con alguna clase de patología, así como sobre la capacidad creadora de individuos diagnosticados con alguna forma de enfermedad mental. También han acabado por ser numerosas las investigaciones sobre las características intelectuales y cognitivas de los creadores, sobre su estabilidad emocional y sobre la capacidad o los logros de artistas diagnosticados con algún tipo de trastorno afectivo. Asimismo, continúan desarrollándose los estudios de casos, las biografías de creadores reconocidos o la investigación a partir de datos biográficos obtenidos de enciclopedias, diccionarios u otro tipo de compilaciones, los estudios sobre relaciones entre creatividad, psicopatología y otro tipo de terceras variables tales como el estrés, la motivación, etc.

Pero, sea como sea, la respuesta definitiva a la cuestión de si es cierta o no la relación entre el artista y la locura y de qué tipo sería esa hipotética relación no parece conseguida, aunque ello no quiere decir que no existan posiciones bien marcadas a favor de una u otra dirección. Abundan las listas en las que se presentan numerosos personajes reconocidos en el campo del arte como víctimas de una u otra forma de alteración. Así, se cuenta de las enfermedades, conductas inadaptadas o desequilibrios de Hugo van der Goes, Miguel Ángel, Borromini, Caravaggio, Goya, William Blake, Gauguin, Van Gogh, Gericault, Philip Guston, Frida Kahlo, Jackson Pollock... en el campo de la pintura; de Balzac, Joseph Conrad, Faulkner, Hemingway, Baudelaire, Lord Byron, Victor Hugo, Coleridge, Mayakovsky, Sylvia Plath, Edgar Allan Poe, Ezra Pound, Paul Celan, Charles Lamb, Melville, Mary Shelley, Strindberg, Virginia Wolf, Antonin Artaud... entre los escritores; de Mozart, Berlioz, Carlo Gesualdo, Mahler, Mussorgsky, Rossini, Schumann, Tchaikovsky, Charlie Parker, Cole Porter... entre los músicos. Pero, como no podía ser de otra forma, también abundan las colecciones de nombres en las que la normalidad, el equilibrio, la adaptación o la salud son las notas representativas. Los llamativos casos en los que la enfermedad o el drama psicológico y vital parecen convertirse en los pilares de la creación traen de la mano otros muchos en los que la salud y el equilibrio se constituyen como la trama sobre la que se asienta la labor del artista.

LA DIFICULTAD DE SABER Y COMPROBAR

Cuando se revisa con detalle la investigación sobre el tema, se puede apreciar la gran dificultad de llegar a alguna conclusión definitiva. Y algunos de esos obstáculos resultan ser de especial interés, porque son elocuentes acerca de nuestra forma de pensar en torno al artista y sus características o las del trabajo que realiza y los procesos en los que se sumerge.

En primer lugar, cuando desde el ámbito científico se atiende a la tradición cultural y se intenta verificar o negar esa relación entre artista y locura desde la objetividad y con el fundamento de la ciencia queda claro desde un principio que esa ciencia no es

neutra y que el científico parte de una posición determinada, además de compartir en cierta medida las ideas culturales sobre el artista y la creación.

La formación fundamentalmente fisiológica de los primeros alienistas, su función al menos en parte de agentes del control social, su idea de lo normal y lo patológico, determinan en gran medida la perspectiva que asumen y por tanto sus observaciones y conclusiones sobre la cuestión en juego, categorizando como enfermos, anormales o perjudiciales a gran número de personajes e identificando arte y locura, desequilibrio o degeneración en términos generales.

La perspectiva psicoanalítica, cuando se aplica al estudio de la vinculación entre arte y locura, responde no sólo a una observación del artista y sus producciones, sino sobre todo a su propio marco teórico; un marco teórico en el que el conflicto juega un especial papel y que, además, parece que deriva en cierta medida del escenario romántico. No es raro que sea ese mismo conflicto lo que se observe o se acabe descubriendo en el artista. Posteriores desarrollos del psicoanálisis o incluso la perspectiva humanista sobre toda esta cuestión se instalan claramente en el ámbito de la salud y la autorrealización del individuo, por lo que no es raro, de nuevo, que sus conclusiones se aparten substancialmente de las tradicionales ideas que unían al creador con la locura o la anormalidad. Como en el caso anterior, esto no ocurre sólo por observación de artistas o creadores reales, sino por lo que el propio marco teórico adoptado dice que hay que buscar y valorar.

La moderna investigación sobre la creatividad, a partir sobre todo de los años cincuenta, está interesada en conocer más sobre ésta como componente fundamental de las capacidades humanas. Un factor que ahora se ve como especialmente necesario en un mundo inestable y en cambio constante. Desde ese punto de vista, es esperable que no interese tanto patologizar al artista como contemplar la creatividad desde el ángulo de la normalidad y desarrollar la capacidad creadora normal en los individuos normales.

Todo ello influye en la investigación o en la aproximación científica al problema de la relación entre el artista y la locura en sus diferentes momentos o vertientes, limitando sus pretensiones de objetividad y de explicación.

En segundo lugar, hay que considerar las dificultades metodológicas de todo tipo que han de afrontar este tipo de investigaciones y que se observan en muchos de los estudios realizados. La dificultad de evaluar la creatividad o el logro artístico, por ejemplo, más aún si se trata de personajes del pasado, es una de ellas. También, la dificultad de manejar un criterio de valoración estética adecuado a aquello que se está estudiando; la dificultad de valorar la presencia o ausencia de psicopatología en muchos casos, más aún en esos personajes ya desaparecidos y a través de materiales nada neutrales; la dificultad de comparar los resultados obtenidos en la población bajo estudio, en el caso de las investigaciones sobre largas listas de personajes del pasado, con lo que puede ocurrir en la población general; la dificultad de manejar, a la hora de realizar comparaciones, abundancia de informaciones y sugerencias acerca de las posibles dolencias o patologías de personajes reconocidos o profesionales de prestigio, frente a la carencia de datos respecto a

otros personajes no reconocidos o de profesiones que no gozan de esa consideración social; las lagunas metodológicas que presentan algunos estudios en cuanto a ausencia de grupo de control, o modo de selección de los sujetos, o tratamiento de los datos o su interpretación; la forma en que en muchas de estas investigaciones se conceptualiza el arte, como una labor básicamente de expresión emocional o de exteriorización del mundo afectivo del artista, por ejemplo, que ya está determinando, por sí mismo, qué tipo de artistas o de obras van a ser considerados y cómo van a ser valorados; la especial atracción que tiene la relación con la locura no sólo para la gente común, sino también para los propios investigadores en ocasiones y para los mismos artistas, cuyas ideas o creencias, de una manera u otra, influirán en los estudios; el manejo de grupos muy reducidos de sujetos, que dan lugar a resultados en los que una mínima variación puede generar oscilaciones muy llamativas; el manejo de criterios diagnósticos en los que algunas categorías, parcialmente, se solapan con los conceptos de creatividad o de proceso creativo; la utilización de instrumentos de medida en los que no hay una total separación entre rasgos que implican creatividad y rasgos que sugieren tendencias psicopatológicas.

Ante todo este cúmulo de dificultades mejor o peor resueltas, de puntos débiles o de defectos que pueden alterar los resultados o su interpretación —y más bien en una dirección que en otra, indicando la presencia de psicopatología en los creadores— parece sensato no conceder demasiado crédito a los resultados de muchos estudios. Sin embargo, es muy llamativo cómo, a pesar de todo lo anterior, en muchos casos se extraen unas conclusiones que pretenden ser sólidas y que se sustentan, sin embargo, sobre unas bases metodológicas especialmente frágiles o chocando con la más mínima lógica. Como ha señalado al respecto Rothenberg, todo ello puede quizás responder a que “la necesidad de creer en una conexión entre creatividad y locura parece ser tan fuerte que las afirmaciones son bienvenidas y citadas de manera algo acrítica”(Rothenberg 1990: 150).

Esa “necesidad de creer” puede ser lo que esté en la base de un tipo de afirmaciones que no son infrecuentes en el ámbito de la investigación sobre la relación entre creatividad y psicopatología. Así por ejemplo, llama la atención el señalamiento de P. Brenot a propósito de la existencia de síntomas depresivos en los artistas: “la depresión es frecuente en los creadores, pero raramente ha sido probada” (Brenot, 1998: 142) Una frase que, en muy pocas palabras, encierra una paradoja de gran calado³.

En esta misma línea, podemos referirnos también a K.R. Jamison (1993: 88) quien, al revisar las investigaciones sobre la relación entre trastornos afectivos y creatividad, concluye: *“a pesar del pequeño número de individuos estudiados, los tipos de grupos de control o su carencia, los variables criterios diagnósticos y de selección y las técnicas imperfectas de medida, hay una considerable consistencia a lo largo de los hallazgos.*

³ La cita corresponde a la traducción castellana publicada del texto original francés, por lo que cabe la posibilidad de que la incongruencia que contiene pueda deberse a esa traducción. Aunque, seguramente, responderá más bien a esa “necesidad de creer” de la que se está tratando, sobre todo considerando el contexto al que pertenece la afirmación.

Muchas líneas de evidencia apuntan a una fuerte relación entre trastornos afectivos y logro, especialmente logro artístico”⁴.

Esa “considerable consistencia” a pesar de todo tipo de inadecuaciones metodológicas llama efectivamente la atención; pero no sólo en el sentido que sugiere Jamison, indicando la presencia más o menos marcada de trastornos afectivos entre los creadores, sino también en otro sentido diferente: no puede obviarse la pregunta de hasta qué punto esa consistencia no es debida, en parte, a esa “necesidad de creer” entre los sujetos y entre los propios investigadores. Esa consistencia, dadas las circunstancias manifestadas de carencias metodológicas en las investigaciones bajo revisión, tanto puede hablar de una cierta verdad en esos hallazgos como también de la presencia constante de una determinada forma de pensar y de unas creencias compartidas entre artistas, investigadores gente común acerca de la creatividad, la psicopatología y sus relaciones.

Así pues, la proximidad del artista con la locura se muestra reacia a ser comprobada o descartada debido a multitud de factores que impiden extraer una respuesta definitiva. Considerar este mito cultural exige tener en cuenta elementos que van más allá del artista individual y se extienden al terreno de lo social, lo cultural, lo artístico o lo ideológico; igualmente, su estudio no puede ser independiente del marco desde el que se observa, de los conceptos que se utilizan ni de los instrumentos con los que se intenta investigar.

Por otro lado, a todo esto hay que sumar que los conceptos con los que contamos para hablar de la creación, el arte, la enfermedad, la locura no son neutros ni están perfectamente delimitados, sino que existen entre ellos solapamientos incómodos. Así, la locura, entendida en sentido amplio, implica un estado más allá o aparte de la razón, pero también algo inhabitual, diferente de lo considerado normal o más frecuente; y la creatividad supone, por otro lado, adentrarse en lo desconocido, huir de lo establecido e incluso cuestionarlo. Ese aventurarse por territorios que escapan a lo habitual y que pueden incluso parecer esquivos a la razón o a la lógica parece común a los dos conceptos. No son iguales, no coinciden en sus significados, pero no son del todo diferentes. No es extraño que se haya visto una y otra vez al artista como alguien afectado por algún tipo de locura, en ese sentido ampliado que venimos utilizando, cuando los propios conceptos con los que se maneja y se observa esa realidad muestran cierta parcela común o parentesco, cuando no acabamos de distinguirlos con absoluta nitidez.

Manifestaciones de esa dificultad podrían encontrarse en algunos casos, incluso, en los modernos criterios para el diagnóstico psiquiátrico de ciertas alteraciones leves. Así por ejemplo, cuando el DSM-IV describe los criterios para el diagnóstico de hipomanía habla de “aumento de la autoestima o grandiosidad”, “disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad”, “aumento de la eficiencia, los logros y la creatividad”, “participación en múltiples actividades”

⁴ La cursiva es mía.

“frecuentemente “creativas y productivas”⁵. Estos criterios podrían sugerir también, perfectamente, la imagen de un individuo creativo o un artista inmerso en un periodo de especial productividad. A diferencia de los trastornos más graves, que generalmente son vistos como factores negativos también para la creación artística, algunos trastornos o alteraciones afectivas leves evidencian ese solapamiento con la creatividad de manera bastante evidente a juzgar por los criterios que los describen.

Por otra parte, si los conceptos de creatividad y locura no están del todo claramente separados, puede esperarse que los instrumentos diseñados para medirlos tampoco evalúen, en algún momento, cosas del todo diferentes. Por ejemplo, refiriéndonos al *Eysenck Psychoticism Questionnaire*, en ocasiones se ha hallado una cierta relación entre puntuaciones altas en el factor psicoticismo⁶ y criterios de creatividad (p. ej. Eysenck 1993, Götz y Götz 1979). Para explicar esto, Gough (1993) señala que los items de la escala P para medir el psicoticismo atienden a aspectos como la no convencionalidad, el rechazo o duda de las normas, la impulsividad y la tendencia a tomar riesgos, por lo que no es raro que exista tal coincidencia con los criterios que definen la creatividad en los que esos mismos elementos son fundamentales.

Por lo tanto, parece que la excentricidad o la conducta no convencional puede ser considerada, o tiende a serlo, tanto un indicio de alguna tendencia psicopatológica como una característica de las personas creativas o que se dedican a tareas del ámbito artístico. Del mismo modo, otras características como la fluidez ideacional se consideran una muestra de creatividad, una característica del modo de pensar de las personas creadoras, y así se utilizan en los tests correspondientes en ese campo, pero también están presentes en los criterios diagnósticos sobre ciertos trastornos o tendencias psicopatológicas, como se ha visto anteriormente en el caso de la hipomanía. Describen parcialmente tanto a lo uno como a lo otro.

De manera similar, los conceptos de arte y locura pueden presentar zonas de contacto. Aunque no existe ni ha existido una única forma de entender el arte, algunas de ellas presentan cierta familiaridad con lo que estamos englobando bajo el paraguas conceptual de locura. Por ejemplo, cuando se entiende que el arte es

⁵ El DSM IV establecía, entre otros, los siguientes criterios para el diagnóstico de los episodios hipomaniacos: “Un episodio hipomaniaco se define como un periodo delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos cuatro días (Criterio A). [...] debe ir acompañado por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad (no delirante), disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad [...] (Criterio B). [...] En algunos sujetos el cambio de la actividad puede tomar la forma de un importante aumento de la eficiencia, los logros y la creatividad. [...] Es característico que exista una exageración de la autoestima, normalmente en un nivel de confianza en sí mismo carente de autocrítica [...] (Criterio B1). Muy a menudo hay un descenso de la necesidad de dormir (Criterio B2); el sujeto se despierta más temprano de lo habitual y lleno de energía. El discurso de un sujeto con un episodio hipomaniaco suele ser algo más enérgico y más rápido de lo habitual [...]. (Criterio B3). [...] El aumento de la actividad intencionada puede implicar la planificación o participación en múltiples actividades (Criterio B6). Frecuentemente, estas actividades son creativas y productivas [...]” (Pichot 1995: 342-343).

⁶ El psicoticismo, en sí mismo, no es una alteración psicopatológica, sino que es “un factor que predispone a los que puntúan alto a desarrollar trastornos psicóticos bajo un específico stress del entorno” (Eysenck 1993: 240).

fundamentalmente expresión del mundo emocional del artista, o cuando se considera que trasciende la razón y la lógica, o cuando se ve como producto del inconsciente, o pura espontaneidad sin modulación ninguna que tenga que ver con la cultura, o cuando se considera que sobrepasa las capacidades humanas normales tanto a la hora de su creación como de su contemplación. Todo esto implica exceso, ausencia del contrapeso de lo racional o lo cultural, escape a la razón y a la voluntad... lo que en sí mismo no es patológico, pero sí podemos encontrarlo entre los componentes de alguna manifestación de tal naturaleza o nos puede llevar a confundir uno y otro campo. Tal confusión ha podido ser, posiblemente, más frecuente en los casos referidos a creadores artísticos de ciertos momentos históricos, tales como el periodo posterior al Renacimiento, el Romanticismo o gran parte del siglo XX, en los que la exaltación de la individualidad, de la subjetividad, la exploración constante de nuevas vías para el arte y de ámbitos opuestos o más allá de la razón han sido marca distintiva.

Así pues, la superposición conceptual se extiende a los criterios diagnósticos para algunos trastornos y llega a alcanzar también a los instrumentos para evaluar la creatividad o la psicopatología; si a ello se le une las propias ideas sobre la enfermedad y la creación artística que pueda tener el investigador y las de los propios artistas, puede sospecharse que no es raro que se detecte esa proximidad entre creatividad y psicopatología en las observaciones empíricas; éstas no se hacen desde el vacío de ideas previas ni desde la neutralidad conceptual o instrumental. No quiere esto decir que los casos observados o conocidos de artistas que han sufrido o sufren algún tipo de patología sean poco menos que ilusorios o construcciones culturales derivadas de un modelo cultural y una forma de pensar. La enfermedad existe, la conducta anómala, la inadaptación social y el sufrimiento también, y ello es así igualmente en el campo del arte. Pero no es fácil, ni quizás posible, distinguir hasta donde llega lo cultural, hasta dónde lo que responde a unas expectativas y una forma de pensar acerca de la enfermedad y del arte y dónde empieza lo que no depende de nada de esto. En cualquier caso, no es tarea simple con esos conceptos, con esos instrumentos y con esos criterios diagnósticos distinguir nítidamente entre aspectos de la actividad y proceso creadores, por un lado, y manifestaciones relacionadas con lo psicopatológico, por otro, especialmente cuando se trata de tendencias o de alteraciones leves o subclínicas.

CONSTRUYENDO ZONAS DE CONFLUENCIA

De todas formas, y quizás cayendo en la misma tendencia a construir la propia versión de los hechos atendiendo más a las propias ideas que a una realidad neutra inexistente —como se acaba de criticar—, no habría que dejar pasar la ocasión sin señalar que la imagen que se puede extraer —o al menos una de ellas que parece ser bastante coherente— de la moderna investigación sobre el artista o el individuo creador parece que guarda una gran familiaridad con la que proporcionaba la tradición cultural. Como se ha señalado, ello puede deberse a las ideas e intereses bajo las que se afronta el tema y que lo dirigen en cierta dirección y a la existencia de un modelo cultural compartido tanto por los integrantes del ámbito artístico como por los individuos considerados creativos y por los que intentan estudiar este ámbito, así como a todas

las confluencias e intersecciones que acabamos de considerar entre los elementos que utilizamos para pensar acerca de la realidad.

En cualquier caso, no es demasiado laborioso extraer de la investigación científica, o de una buena parte de ella, una imagen que sitúa al creador en algún punto de la línea que une los extremos de la normalidad y la psicopatología, aproximándose a este segundo polo pero sin llegar a sufrir claramente alteraciones psicopatológicas. A juzgar por numerosos estudios⁷, una mayor fluidez ideacional, una especial capacidad para tratar con elementos contrarios y de eliminar o expandir las barreras entre diferentes conceptos parecen características frecuentemente encontradas en la forma de pensar de los individuos creativos, siendo también elementos que muestran cierta proximidad con el pensamiento psicótico. Asimismo, parece ser también frecuente —y en coincidencia con esa visión tradicional del artista melancólico— una especial labilidad emocional, que lleva al individuo creativo a evidenciar síntomas depresivos e hipomaniacos, sin que lleguen generalmente a constituirse en trastornos sino manteniéndose en formas leves. Igualmente, parece configurarse la imagen de una personalidad compleja y paradójica, con ciertos rasgos más cercanos a la patología que a la normalidad, impulsada por su motivación interna más que por factores externos, que manifiesta una atracción por la complejidad y una cierta capacidad para tratar con la ambigüedad y el desorden, que muestra una mayor fuerza del yo o un mayor control que evitaría el desenlace negativo, coincidiendo también en gran medida con la imagen procedente de la tradición cultural: aquella figura del artista como personaje situado en un terreno intermedio, a veces dramáticamente en tensión, entre normalidad y locura, entre estabilidad y desequilibrio, entre adaptación e inadaptación.

Finalmente, ante tanta contaminación de los límites y tanta presencia de lo ambivalente, la pregunta por el artista y su locura nos traslada irremediamente a ese territorio intermedio y nos hace interrogarnos por la línea que separa la patología de la normalidad. Pero puede que no exista tal línea, no parece que tenga mucha visibilidad esa frontera. Pensamos actualmente, más bien, que si recorremos el camino que transcurre desde la normalidad a la patología no encontramos ningún salto, ninguna separación, que se trata de un espacio continuo (p. ej. Millon y Davis 1998). En ese caso, dejando de lado nuestra tendencia a pensar en términos de polaridades, podemos ver que, no ya el artista sino el ser humano en general, va recorriendo a lo largo de su existencia diversas localizaciones dentro de ese continuo. Cuanto más nos alejamos de los dos extremos, encontramos que ni la vida normal excluye totalmente la patología ni lo patológico es una condición pura y constante. En cuanto a la tradicionalmente proclamada locura del artista —siempre y cuando nos estemos refiriendo a esos tramos intermedios y no tanto a la enfermedad mental en sus manifestaciones graves—, no tendría entonces porqué ser algo tan llamativo que convierte al creador en alguien aún más enigmático a los ojos del resto. La diferencia de los artistas respecto a los individuos no artistas, en lo que respecta a esa locura, tiene que ver en una buena parte con la particular atención que recibe en ellos así

⁷ Por ejemplo, H. Eysenck, 1995; A. Rothenberg, 1990; K.R. Jamison, 1993, MacKinnon, 1975; McMullan, 1976, o Csikszentmihalyi, 1998.

como la especial significación y utilidad dentro del contexto correspondiente, en este caso el del campo del arte y el trabajo creativo.

Si la enfermedad en sus casos extremos tiende a convertirse en obstáculo y bloqueo para la creación artística —tal como advierten numerosos autores⁸—, alejándonos de esos polos, y entendiendo el recorrido normalidad-patología como un discurrir sin transición nítida, entonces la locura en sentido amplio, lo que no es del todo racional, lo que escapa a las convenciones y las normas, lo que intranquiliza o agita el espíritu, lo que desestabiliza, aparece como parte de la experiencia humana normal. No resulta fácil, llegados a ese punto, rechazar como falsa la relación del artista con la locura, puesto que tal locura, en ese sentido, es un componente de la experiencia humana. Una de las claves para responder a esta cuestión pasaría a estar, no ya en esa locura, sino en la función que cumple, en el sentido que adquiere, en la utilidad que posee para el creador como resultado del modelo cultural existente acerca de cómo es un artista y en qué consiste su labor. Parece que en ese entorno encaja fácilmente la tradicional imagen del artista como alguien situado en un terreno fronterizo, entre la salud y la enfermedad, producto de su tiempo pero enfrentado a él, sujeto a la tensión de fuerzas opuestas, a la inestabilidad de los cambios y las tareas siempre inacabadas, siempre inalcanzables.

Considerando ese modelo cultural de la locura del artista en su complejidad, atendiendo a sus efectos positivos posibles, a su influencia, a las diferentes maneras de entender el arte y el trabajo del artista, a las características del ámbito artístico o, en definitiva, a otras variables que van más allá de lo puramente individual, la diferencia entre el creador y cualquier otro individuo pasa a residir, más bien, en el grado en que el artista o el creador manifiesta una serie de rasgos relacionados con lo patológico pero comunes al resto de los individuos, en la forma en que estos rasgos quedan integrados en su actividad y en el papel que desempeñan, en la propia naturaleza del trabajo creador que roza en ocasiones las fronteras de la normalidad, en la inserción del artista o del creador en un contexto social, profesional e ideológico determinado, en la participación de un modelo cultural que describe al artista tipo, en la forma en que ese modelo cultural determina la visión desde el exterior sobre el creador, y en el modo en que desde ese marco se permiten e incluso se potencian o se valoran de forma especial manifestaciones que, en otro contexto, serían entendidas como anormales o inadecuadas en algún sentido.

La relación tantas veces proclamada entre el artista y la locura no es, pues, un vínculo simple sino, en todo caso, muy complejo y con muchas facetas, muchas caras posibles y lados desde los que contemplarla. Así, carece de sentido posiblemente intentar comprender esta relación atendiendo sólo a las características individuales del creador. Igualmente, tenemos que saber que las diferentes investigaciones hasta la fecha no muestran una relación causal entre ambas instancias, sino correlaciones entre diferentes tipos de alteraciones y criterios relacionados con la creación, pero sin indicar cuál es la dirección ni el mecanismo de la influencia. Así, autores como R.L. Richards señalan la necesidad de plantearse, entre otras, diferentes hipótesis: que la

⁸ Por ejemplo, M. Romo, 1999; P. Brenot, 1995, o P. Sandblom, 1995, entre otros.

creatividad lleve a la psicopatología, que ocurra a la inversa, o que ambas tengan relación con algún otro factor (Richards, 1981). Ni siquiera esto agota el abanico de posibilidades razonables: sabemos también que en muchos casos el trabajo artístico ha tenido bastante que ver en la recuperación o el mantenimiento de la salud, la adaptación y el equilibrio. La utilización del arte y las prácticas artísticas en los campos de la salud y el desarrollo personal y social muestran a las claras que esta otra cara de la relación tradicional entre arte y locura también existe, y convive con la que parece estar al otro lado del espejo. Da la impresión, a la vista de todo esto, de que lo artístico es un territorio límite en el que confluyen diferentes facetas de la experiencia humana, aparentemente contradictorias entre sí, como contradictoria y compleja es esta misma experiencia. El sentido que tome en un momento u otro esa relación ambivalente dependerá de variados factores, y no únicamente de las características particulares y más o menos estables del creador individual.

La diferencia entre el artista y cualquier otro individuo no radica tanto en la normalidad o la patología, puesto que parece que ambos, creadores y el resto participan, en cuanto seres humanos, de ambos polos en algún grado; o no radica sólo en ese aspecto, considerado aisladamente del resto de los elementos que intervienen en el sistema. La diferencia procede especialmente de la inserción en ese contexto social, cultural y artístico y de ese modelo cultural compartido o extendido, que constituyen un marco que permite, potencia, proporciona utilidad y da un sentido diferente en los artistas a las manifestaciones que se acercan a lo patológico dentro de un continuo. El artista puede adentrarse en cierto modo en el ámbito de la locura; en su trabajo eso tiene un sentido, puede resultar adaptativo en cierto modo. A diferencia de esto, otras muchas personas no tienen otro trato con la locura que el de quien tiene que mantener alejados la amenaza del sinsentido y la pérdida de la seguridad y la solidez de lo habitual o conocido, y carecen de las herramientas o los recursos que el trabajo artístico puede proporcionar para el manejo de facetas importantes de la experiencia, la naturaleza y las dificultades humanas.

A medida que se restringen los conceptos de normalidad y de psicopatología y que se sitúan como terrenos aislados y opuestos, la relación entre el artista y la locura ha de verse más como de todo o nada, ha de responderse con la aceptación o el rechazo. Difícilmente puede aceptarse la imagen del artista como psicológicamente sano y normal de manera total, a la vista de los numerosos casos de creadores afectados por trastornos; así como difícilmente puede aceptarse una imagen del artista víctima de manera completa o frecuente de la locura y su destrucción, cuando se sabe que ello puede ser el fin o la parálisis de la producción creadora y cuando se conoce el papel que puede jugar la práctica artística en el equilibrio, el desarrollo y la salud. Por el contrario, a medida que se amplían esos conceptos y que se relativiza tanto el lado de la normalidad como el de la patología, constituyendo ambos un continuo la relación entre el artista y la locura pierde en dramatismo pero gana en coherencia, y nos asoma a una dimensión de la experiencia humana ampliada.

Consecuencias del mito

Finalmente, hay que señalar que todo esto tiene una importancia que va más allá de la mera disquisición acerca de un tema polémico. Por su poder de seducción, el mito cultural sobre la locura del genio creador nunca pierde su vigencia. La figura del genio loco, del artista sufriente, solitario, excéntrico y con un destino trágico tiene un gran poder comunicativo. Esos caracteres, en la imagería popular, van indisolublemente ligados al modelo de artista y, específicamente, a algunos artistas particulares especialmente significativos, viéndose potenciados por su facilidad de comunicación y sus grandes posibilidades a la hora de convertirse en personajes literarios, cinematográficos, legendarios. Lo que la investigación científica no muestra es que sea precisamente la locura, en el sentido de enfermedad mental, la clave de la naturaleza de un artista, ni que sea esa la causa o el motor de su capacidad y actividad creativa y de sus logros, ni tampoco que esa actividad sea la causa de la locura. La investigación científica parece señalar la existencia de una relación entre el creador y las manifestaciones leves o subclínicas de ciertas alteraciones, dentro del continuo normalidad patología y, además, no parece indicar una dirección causal. Sin embargo, la popularización de las figuras de algunos artistas, convertidos en personajes legendarios, centra en su locura la clave de la creación y de la personalidad del creador. Una cosa es contemplar la locura, en sentido amplio, como un elemento clave o importante en la construcción del modelo del genio creador o de artista, dentro de un contexto determinado, y otra situar la enfermedad mental como eje de la naturaleza del artista y clave de su creación. Esto puede potenciar la atracción hacia ese arte y ese artista convertidos así en enigmáticos, en relatos trágicos y heroicos, pero desde una perspectiva sesgada o errónea y bajo una luz distorsionadora.

Todo ello tiene varias implicaciones, derivadas de la peculiaridad y diferencia bajo la que se presenta al creador. Se olvida tener en consideración el resto de los componentes del sistema en el que el artista está inserto y se obvia la interrelación entre todos sus elementos. Se distorsiona la imagen, agrandando e interpretando en cierto sentido todo aquello que coincide o puede coincidir con el mito, prescindiendo de otros factores. Se presenta una visión del arte definida sobre todo por la espontaneidad y la expresión de la subjetividad, especialmente del lado emocional, cuando ello es sólo una parcela de lo artístico, posiblemente de menor relevancia. Se continúa el mito de la inspiración del artista, entendiendo esa inspiración como un factor imprescindible para la creación y determinado, sobre todo, por algo parecido a un don natural. Se presenta el arte y la capacidad creadora como algo que depende fundamentalmente de ese don, que se tiene o no se tiene, dejando de lado el aprendizaje y condicionando la posibilidad de tal aprendizaje a la existencia previa de esa capacidad misteriosa. Se presenta, en resumen, una visión distorsionada del arte y del artista que no sólo impide el acercamiento y la comprensión del arte, reservándolo al círculo de los expertos, sino que, al depender sobre todo de la inspiración y de cierto don innato en el artista y de una cualidad especial de su naturaleza, aleja para el individuo común la posibilidad de aprender, de desarrollar sus capacidades y de participar en la experiencia artística con plenitud de sentido.

Cualquier actividad de experiencia o formación en el campo del arte debería cuidar de no transmitir de manera acrítica o inadvertida esas mismas ideas que, entre otras cosas, impiden o dificultan la propia experiencia o formación que se pretende desarrollar; y debería orientar parte de su labor a reexaminar y enseñar a revisar bajo una perspectiva crítica esas imágenes del artista dominado por la locura, del arte como expresión de un mundo subjetivo y emocional o de la creación como algo reservado a unos pocos individuos diferentes.

El mito de la locura del artista o del individuo creador, dejando al margen la pretensión de resolver definitivamente la cuestión de su certeza o falsedad, o aceptándolo como algo que posiblemente comparte características de ambos lados, permite entender o aproximarse de una forma integradora a una importante parcela de la realidad humana en general, y del arte en particular, que transcurre en los límites de la razón, fuera de su control o en sus márgenes. En lugar de reducir el “don” del arte a unos pocos individuos “diferentes” en los que descubrimos indicios de fenómenos ajenos a la normalidad, el mito del artista y la locura extiende el ámbito de lo normal de nuestra existencia hacia puntos más allá de lo que una estricta división polar entre normalidad y patología impondría, introduce o recupera lo “irracional” como un componente más de nuestra experiencia normal, amplía y enriquece el ámbito de la experiencia humana. Pero ese mismo mito, aceptado sin filtrar por la reflexión crítica, proporciona una imagen, con potenciales consecuencias negativas o poco útiles del creador como alguien sustancialmente diferente y alejado y de la locura como un territorio alienado de la normalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARISTÓTELES (1997). *El hombre de genio y la melancolía. Problema XXX, 1*. Barcelona: Quaderns Crema.
- BLAKE, W. (1998). *Poemas del manuscrito de D.G. Rosetti*, CI. En W. Blake. *Obra poética*. Barcelona: Ediciones 29.
- BRENOT, P. (1998). *El genio y la locura*. Barcelona: Ediciones B.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1998). *Creatividad. El flujo y la psicología del descubrimiento y la invención*. Barcelona: Paidós.
- EYSENCK, H. (1993). Creativity and Personality: An Attempt to Bridge Divergent Traditions. *Psychological Inquiry*, 4, (3), 238-246.
- EYSENCK, H. (1995). *Genius. The natural history of creativity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GÖTZ, K.O. y GÖTZ, K. (1979). Personality characteristics of professional artists. *Perceptual and Motor Skills*, 49, 327-334.
- GOUGH, H.G. (1993). The Assessment Piece of the Creativity Pie. *Psychological Inquiry*, 4, (3), 196-200.
- JAMISON, K.R. (1993). *Touched with Fire. Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*. New York: The Free Press.

- MacKINNON, D.W. (1975). IPAR's contribution to the conceptualization and study of creativity. En Irving A. Taylor y J.W. Getzels. *Perspectives in creativity*, pp. 60-89. Chicago: Aldine Publishing Company.
- McMULLAN, W.E. (1976). Creative Individuals: Paradoxical Personages. *The Journal of Creative Behavior*, 10, (4), 265-275.
- MILLON, T. y DAVIS, R.D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- NIETZSCHE, F. (1999). *Estética y teoría de las artes*. Madrid: Tecnos.
- PICHOT, P. (coord.) (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- RICHARDS, R. L. (1981). Relationships between creativity and psychopathology: An evaluation and interpretation of the evidence. *Genetic Psychology Monographs*, 103, 261-324.
- ROMO, M. (1999). El trastorno psicológico del artista. ¿Mito o realidad?. *Aspasia. Revista de Arte*, 4, 10-12.
- ROTHENBERG, A. (1990). *Creativity & Madness. New Findings and Old Stereotypes*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- SANDBLOM, P. (1995). *Enfermedad y creación. Cómo influye la enfermedad en la literatura, la pintura y la música*. México: Fondo de Cultura Económica.
- TRILLING, L. (1971). Arte y neurosis. En Lionel Trilling. *La imaginación liberal*, pp. 192-214. Barcelona: Edhasa.

ARTETERAPIA Y SALUD MENTAL; LOCURA Y ARTE

Inmaculada González Falcón



Sin salida, 1982. Rafael González Romero⁹

RESUMEN

A través de este trabajo observamos las relaciones que de manera constante se dan entre el mundo del arte y el de la locura. Un nexo que en la actualidad une a ambos es la labor que se realiza en el campo de la salud por medio de la terapia artística o arte terapia. Así pues, con el objetivo de conocer más de cerca esas relaciones entre arte, salud mental y arte terapia, en el presente documento se analiza, en primer lugar, los ámbitos de actuación y definiciones más usuales con las que se designa al término arteterapia. En segundo lugar, se comenta la relevancia del arte, y las funciones que cumple, dentro de la terapia. A continuación, se repasan los autores más destacados en el estudio de las producciones pictóricas de los enfermos mentales, de forma paralela a la breve introducción histórica que

⁹ Este pintor sevillano es otro de los artistas que, como Füssli o Goya, se han interesado por el tema de la locura. Si bien en él, este tópico alcanza una importancia extrema dado que durante más de cinco años se dedicó a pintar exclusivamente cuadros relacionados con la salud mental y durante más de cuatro años trabajó como Monitor de Artes Plásticas en uno de los Talleres que el Servicio de Salud Mental ofrece a este tipo de enfermos.

En esta obra, el artista hispalense refleja la ansiedad, la angustia y el miedo que padecen los enfermos mentales durante algunas de sus crisis.

se incluye en relación al arteterapia. Posteriormente, se hace hincapié en la vinculación artista-locura, y por último, se presentan algunos de los rasgos esenciales de la pintura de los enfermos mentales. Todo ello desde la convicción de que muchas de estas producciones son, y han sido, verdaderas obras de arte.

DEFINICIONES Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

El Arteterapia, Arte Sano o Psicoterapia por el Arte, puede definirse como “terapia con intermediación artística” y como “arte con fines terapéuticos”. Su práctica se extiende desde hace más de cincuenta años a contextos clínicos, asistenciales y educativos, siendo especialmente indicada en aquellas personas que encuentran difícil la articulación verbal de sus conflictos. En este sentido, la Asociación *Metáfora* (2004) nos aclara que Arteterapia es la disciplina que utiliza la producción de imágenes para ayudar al individuo a restablecer su capacidad natural de relacionarse consigo mismo y con el mundo que le rodea de forma satisfactoria.

Para Polo (2000: 311) el Arteterapia *“tiende un puente hacia la comprensión y superación de los problemas valiéndose de la producción e interpretación de imágenes plásticas, a través de un proceso creativo de naturaleza no verbal”*. De este modo, a través de la creación de imágenes plásticas, evocamos el conflicto y trabajamos sobre la imagen que lo representa, actuando también sobre nosotros mismos.

El propósito principal es el de corregir o tratar problemas, tanto psicológicos como afectivos o sociales, trascendiendo lo puramente estético. Lo fundamental, por tanto, es el proceso que utiliza la persona para comunicar su interioridad a través de un lenguaje plástico, no verbal (Alcaide, 2004)

No hay que confundirla con la terapia ocupacional, como ocurre frecuentemente, ya que esta última atiende más a objetivos educativos y productivos y en la terapia artística, los objetivos pueden ser psiquiátricos o de rehabilitación personal, trabajándose también sobre los procesos inconscientes. Tampoco es una forma sofisticada de educación artística, dado que el usuario de Arteterapia no necesita poseer aptitudes artísticas para beneficiarse de esta modalidad de tratamiento. El arte se convierte en terapia y ya no persigue un fin estético, sino encontrar vías de solución a los conflictos, mediante la expresión de ellos; siendo muy adecuado para personas que, de otro modo, no los expresarían. De esta forma, la actividad artística que se realiza, sirve de intermediario y de elemento de interpretación entre el terapeuta y el paciente¹⁰.

Los principales usos del arte cuando se utiliza terapéuticamente son la rehabilitación, la catarsis y el autoconocimiento, siendo el espectro de destinatarios tan amplio como diversos los grupos sociales que existen. Así pues, puede ir dirigido a personas con necesidades educativas especiales, enfermos mentales, colectivos con problemas de adaptación social, tercera edad, enfermos terminales, víctimas de terrorismo y de malos tratos, personas condenadas a prisión... Pero la conveniencia del uso del Arte

¹⁰ También denominado como cliente, usuario o alumno, en función del ámbito y perspectiva en la que nos situemos.

Terapia, como defiende la Asociación Metáfora (2004) dependerá no tanto de la patología como de las circunstancias específicas de cada paciente, su nivel de perturbación, el potencial para establecer relaciones significativas, la capacidad de éste para expresar y reflexionar sobre las propias emociones y la voluntad del paciente para emprender un proceso terapéutico en el que la creación de imágenes es un factor importante.

El Arteterapia también puede utilizarse para aumentar la confianza en uno mismo, la autoestima o la coordinación motriz, por lo que cualquier persona puede ser destinatario directo de este tipo de terapia. En función de las necesidades y características de los distintos sujetos, tendrá unas connotaciones más estéticas, comunicativas o expresivas, asegurando en todos que los sujetos puedan conocerse mejor a sí mismos.

El concepto en sí nace después de la Segunda Guerra Mundial, a partir de un hecho fortuito que une el arte con la salud mental. Fue Adrian Hill, artista plástico internado en un hospital de Gran Bretaña quien animó a otros internos a compartir su actividad, la pintura, como medio para liberarse del aburrimiento, la nostalgia y los malos recuerdos. Como resultado, muchos internos crearon producciones de gran dramatismo donde reflejaron el horror de la guerra y a través de las que consiguieron expresar su sufrimiento y temores¹¹. Los médicos interesados en ese efecto catártico rescatan el efecto terapéutico de la expresión artística y a partir de ese momento comienzan a sucederse múltiples investigaciones y trabajos sobre el tema.

Así pues, en la década de 1940 la educación recibe el influjo de autores pioneros en esta materia como Herbert Read o Víctor Lowenferld, quienes promovieron el arte como un medio de desarrollo y aprendizaje educativo.

A finales del siglo XIX, el vínculo entre la salud mental y el arte crece, sirviendo como referente la obra de Cesare Lombroso *Genio y Locura* (1864), donde se desarrollan particularidades patológicas de grandes famosos como Moliere, Andel o Dostoievski. Posteriormente, a principios del siglo XX, Jung utiliza y fomenta la producción artística y simbólica como parte del proceso terapéutico; y en 1922, Hans Prinzhorn publica el primer estudio detallado de las expresiones visuales de personas internadas.

En EEUU, Edith Kramer publica en 1958 su trabajo *Terapia a través del arte en una comunidad infantil*, donde nos relata su experiencia de rehabilitación con niños de barrios marginales de Nueva York y nos ofrece las primeras consideraciones y definiciones de este nuevo tipo de terapia.

Ya en 1964, se crea la “Asociación Británica de Terapeutas Artísticos” entre los profesionales plásticos que trabajaban en hospitales, y en la década siguiente se legaliza la formación especializada en Terapia Artística. Desde entonces, se ha ido consolidando como una nueva disciplina en países como EEUU, Gran Bretaña o Francia, gozando en la actualidad de un amplio reconocimiento profesional a nivel internacional.

¹¹ De hecho, Adrian Hill se convierte en el primer terapeuta artístico que trabaja de forma remunerada en un hospital.

A pesar de ello, en nuestro país la terapia artística está todavía poco desarrollada. En el ámbito universitario, por ejemplo, apenas aparece en los planes de estudio y es en la actualidad cuando comienza a ofertarse en algunos master y cursos de postgrado. No obstante, existen algunas experiencias que, aunque no son generalizadas, dan cuenta del impacto y relevancia que este tipo de terapia asumirá en breve en España, como el Master de Arteterapia que se desarrolla en Madrid desde el curso 2000-01; los cursos de especialización ofertados por la Universidad de Granada; o el trabajo que se realiza desde hace una década en el “Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid” para tratar patologías relacionadas con los trastornos de la alimentación e imagen corporal (anorexia y bulimia), adicciones, inadaptación social y deficiencias psíquicas, físicas y motoras a través de talleres de juegos y actividades artísticas.

EL ARTE COMO PIEDRA ANGULAR DE LA TERAPIA

¿Por qué usar el arte como eje fundamental de la terapia? ¿Qué beneficios se pueden obtener del mismo? ¿Cuáles son sus funciones principales dentro de la terapia?

Al responder a estos interrogantes subrayamos la importancia que el arte tiene, y ha tenido, a lo largo de la historia en la vida de los seres humanos como rasgo característico de todas las sociedades y culturas. Desde tiempos inmemorables tanto hombres como mujeres han creado imágenes y objetos para reflejar su mundo interno y el del entorno inmediato.

El principal efecto del arte es la liberación de las emociones, la expresión misma. Es una vía directa al corazón; y en esto se basa el principal elemento del Arte Terapia, ya que no todas las personas tienen la capacidad para expresar y comunicar sus emociones a través del lenguaje hablado; representando el arte una magnífica herramienta de catalización (AA.VV, 2004). En este sentido, Mervin Levy expresa:

“Se reconoce que la expresión de la emoción a través del arte, tanto en niños como en mayores es una fuente de honda satisfacción psicológica y que en el adulto, brinda a menudo una llave para liberar una tensión... Representa un sistema, que en alguna medida puede compensar incluso la ausencia de una realización emocional en las relaciones humanas” (en AA.VV, 2004: 1)

Y del mismo modo, Polo (2000: 312) nos comenta:

“La creación artística nos permite llegar a los sentimientos más secretos e innarrables; jugar con los límites, sobrepasarlos por medio de la fantasía creativa, dialogar con lo real y lo ficticio, hacer un viaje de retorno a los orígenes y volver para contarlos”

De lo anterior se deduce cómo las personas pueden, mediante el arte, comunicarse sin necesidad de recurrir a las palabras y sin necesidad de que posean ninguna habilidad especial. Es más, según AA.VV (2004) cuanto menos se sepa de producción artística mejor, al tener menos conceptos adquiridos. A lo que Alcaide (2004) rebate, sin embargo, que un Arteterapia que se beneficie de los elementos de lenguaje plástico, darán más posibilidades

y libertad de expresión a las personas que lo practiquen. Así pues para esta autora, se debe introducir a las personas en el lenguaje plástico del color, la forma y las texturas, a fin de que puedan confiar en su capacidad para expresar sentimientos a través de imágenes, ya que la mayor parte de ellas nunca ha dibujado o pintado con anterioridad.

El arte se utiliza igualmente como un medio para acceder a los procesos inconscientes, ya que como defiende Dalley (1987), entre otros, se puede utilizar la actividad creativa como intermediación en el trabajo terapéutico puesto que al ser signo y símbolo de su creador es, al mismo tiempo, una manifestación de su inconsciente. La exploración de los pensamientos inconscientes puede realizarse, por tanto, a través de la imagen plástica y ello, además, puede llevarse a cabo en reiteradas ocasiones. Como señala Alcaide (2004) el arte es un método para ampliar el alcance de la experiencia humana, para desarrollar la intuición y la sensorialidad a través de experiencias que pueden ser variadas y repetidas a voluntad; siendo precisamente esta característica la más apropiada para trabajar en terapia: la posibilidad de variar, repetir y hasta destruir la obra.

Asimismo, el hecho de que la actividad artística creativa no suponga una amenaza para el usuario que se enfrenta a ella, hace que éste pueda realizarla sin sufrir niveles de ansiedad intolerables. La actividad no directiva permite que aquellos sujetos que no pueden realizar determinadas tareas, individualmente o en grupo, sí puedan disfrutar de la actividad artística. Dalley (1987: 16) lo expresa así:

“Simbolizar sentimientos y experiencias a través de imágenes puede constituir un medio de expresión y de comunicación más poderoso que la descripción verbal, y al mismo tiempo, es capaz de hacer que tales sentimientos y experiencias se vuelvan menos amenazadores”

Otro de los beneficios de la expresión plástica es que puede fortalecer la confianza de las personas que lo practican, no sólo por sentirse satisfechos con sus propios trabajos sino también por el hecho de que la pintura sea elogiada por los demás. Lo que para los diversos especialistas constituye un doble foco de debate.

Por un lado, la discusión sobre *producto* o *proceso*. En general, todos los arteterapeutas aceptan y defienden que lo verdaderamente importante no es el producto estético final que se alcanza con la producción plástica, sino el proceso por el que se ha ido construyendo. Se pierde así, la finalidad puramente estética que se encuentra en muchas obras de arte, para conceder una mayor relevancia a la autoexpresión. Sin embargo, otros especialistas, como Barcia (1999) defienden que, dado que muchas de las obras creadas se exponen con el objetivo de aumentar la autoestima de los pacientes, las consideraciones estéticas no deben descartarse por completo, sino más bien, fomentarse en la medida de lo posible y sin que sean objeto de frustración para los participantes.

Por otro lado, la polémica sobre la idoneidad de la exposición de las obras creadas en los talleres de Arte Terapia. Algunos autores piensan que exponer obras crea una incorrecta evaluación de los objetivos de la actividad terapéutica, al destacar el producto sobre el proceso; y otros consideran que habría que concederle más importancia a los elementos estéticos del arte dentro del proceso de la terapia artística y reivindicar sus aportaciones al mundo artístico en general.

En ese sentido, y dentro del ámbito de la Salud Mental, desde diversas asociaciones, como Línea Paralela en Sevilla¹², se reclama que desde el “mundo oficial del arte” se reconozcan y se valoren las contribuciones que distintos artistas realizan al mismo desde el llamado “arte marginal”.

“A veces se ha cuestionado si tiene sentido hablar de *arte marginal*; como si la misma denominación implicara de por sí agrandar las diferencias. Pero la diferencia existe. Y, en muchos casos, una eficaz forma de aumentarla es mediante su ocultación. Los conceptos *locura*, *enfermedad mental*, tienen una carga cultural, aún hoy que incluye marginalidad e induce a la marginación; (no hace falta manicomios para esto). Por otro lado, la enfermedad mental está acompañada, en muchos casos, de marginación social; una obra creada en este *margen*, tiene muchas menos posibilidades de ser conocida, comprendida y valorada (en su sentido más completo)... Parece que es necesario mostrar las diferencias, así como luchar contra una marginalidad que incluye una forma de valoración de la obra etiquetadora y excluyente” (Vallejo, 1999: 8-9).

Rivas (1999: 13), lo expresa de una manera más contundente¹³:



“Estas obras no han nacido para validar un diagnóstico de no se qué patología mental –como si fueran excrecencias formales, objetivas, del interior de un psiquismo trastornado. Esa clase de mirada, que nunca careció de arrogancia y paternalismo, no nos vale –no le vale a nadie, ni siquiera al objetivo axiológico y diagnóstico al que dice servir-. Aquí nos encontramos ante obras que reclaman nuestra mirada y ante las que se ruega no cerrar los ojos; obras que hoy muestran su belleza en el espacio público de esta Galería de Arte”

1: **Fausto, 1994**

res, profesionales de la salud mental, usuarios de los servicios de la salud mental y profesores de Bellas Artes; que cada año convoca los Certámenes de Pintura *Al Margen* con la intención de dar a conocer las obras de artistas andaluces usuarios de los servicios de Salud Mental, y disminuir las etiquetas y procesos de marginación que se crean en torno a estos artistas.

¹³ Algunas de las obras a las que se refiere Rivas, se presentan en este documento como ilustraciones de producciones artísticas realizadas por algunos pintores usuarios de los Servicios de Salud Mental de Andalucía, como las de Higuero y siguientes. Todas ellas han sido tomadas del Catálogo de Obras de *Línea Paralela*. Salas de exposiciones del Centro Cultural Provincial; publicado en 1999 por el Área de Cultura de la Diputación Provincial de Málaga y la Asociación de Artistas Plásticos Línea Paralela. Para su reproducción en este trabajo se solicitó la autorización correspondiente a la Presidenta de dicha asociación, Dña. Carmen Falcón Delgado.

Lo que se reclama, en definitiva, es la consideración de las producciones artísticas de los enfermos mentales no sólo como un medio que permite al terapeuta conocer mejor la enfermedad psíquica de los enfermos, sino también como un producto específico y único del espíritu humano que nos acerca a la creación artística como espectadores de verdaderas obras de arte¹⁴.

ARTE Y SALUD MENTAL

Un poco de historia

Jhon Haslam (1764-1844) fue el autor que analizó por primera vez las características de la pintura de los enfermos mentales. Su obra *Illustration of Madnes* (1809) constituye uno de los referentes fundamentales del estudio de actividad artística dentro de la salud mental; si bien la preocupación que originó su obra fue demostrar a través de las producciones pictóricas de uno de sus pacientes, que éste estaba realmente loco.

No obstante, antes de este acontecimiento lo que sí se produjo fue el interés de los artistas románticos y los filósofos y literatos por pintar la locura y demostrar la relación entre genialidad y locura. Relación que también interesó posteriormente a los psiquiatras, muy especialmente a Cesare Lombroso (1835-1909), quien señala que el genio induce a la enfermedad mental. Como nos comenta Barcia (1999) su obra fue importante por tres razones fundamentales: haber ayudado e interesado a otros a estudiar el arte del insano; haber descrito una serie de rasgos característicos de esta pintura; y haber destacado la importancia de la simbología en los cuadros de los enfermos psíquicos.

Otro autor fundamental de ese período fue Max Simon, quien estudió la pintura de los enfermos mentales con una preocupación diagnóstica. Su obra se considera el primer estudio auténtico del dibujo de los locos. Su trabajo significó, además, el comienzo de las investigaciones actuales mediante los Test del dibujo humano, los Test del dibujo familiar y el Test de la casa-árbol-persona. Asimismo, este autor estaba convencido de que los delirios se manifestaban en los cuadros, siendo el primero en utilizar la pintura como un medio de comunicación con el paciente. Igualmente, en el último tercio del siglo XIX, destacó William Noyes (1857-1915), autor que estudió durante largo tiempo y de manera sistemática la producción pictórica del enfermo.

¹⁴ Con ello no se quiere decir que todos los enfermos mentales sean artistas y que sus producciones sean obras de arte, pero sí que algunos de ellos pueden alcanzar, y de hecho han alcanzado, tal condición. Baste de ejemplo citar a Aloïse, Adolf Wolfi o a Carlo Zinelli, que comenzaron su obra pictórica confinados en manicomios.

A comienzos del siglo XX, destacó la obra de Auguste Marie (1865-1934) cuyo objetivo era establecer conexiones entre el arte de los enfermos mentales con el de los pintores modernos. Para Marie, la producción pictórica de estos enfermos respondía a la necesidad de utilizar un nuevo lenguaje para expresar sus experiencias. Su obra fue importante porque supuso el origen del trabajo de uno de sus alumnos más brillantes, Marcel Rejá (1873-1957); a quien se le conoce como el iniciador de los verdaderos estudios sobre el arte psicopatológico.

Quizás el autor más relevante en el estudio de la pintura del enfermo mental fue Hans Prinzhorn (1886-1933) cuya preocupación fue tanto analizar la obra del enfermo como explicar los motivos y razones del expresionismo alemán, acercándose así a la obra de Rejá. Para este especialista, las aportaciones de los autores anteriores se mueven en un plano descriptivo, siendo su objetivo interpretar también la composición artística de los pacientes. Prinzhorn vió en cada trabajo la experiencia íntima del enfermo y trató de juzgar como crítico de arte la calidad de esas producciones.

En opinión de Barcia (1999) a partir de la obra de Prinzhorn los distintos autores que se suceden pueden ser ordenados en tres grandes grupos:

1. Los que analizan la obra del enfermo intentando captar las características de la enfermedad o las razones de su creatividad; como Vinchon o Bürger-Prinz.
2. Los que intentan profundizar en el mundo interior de los pacientes a través del Psicoanálisis o el movimiento surrealista, como Erns Krist o Ramón Sarró.
3. Los que señalan la necesidad de estudiar el conjunto de la obra de cada enfermo para comprender su peculiar lenguaje y utilizar esa capacidad pictórica como vehículo de comunicación, como Andreoli, Bader o Navatril.

Por otra parte, Volmat (1961) distingue varias orientaciones y finalidades en el estudio de la producción artística de los enfermos mentales:

1. Análisis Clínico; es decir el estudio de las características de las obras de los enfermos (color, forma, contenido...) con una preocupación nosológica y diagnóstica.
2. Investigaciones experimentales que se realizan con diversas técnicas como test de dibujos, talleres de laborterapia, análisis lingüístico...
3. Investigación psicopatológica del arte, es decir, el estudio de las características de las obras, pero analizadas a partir de las distintas escuelas psicológicas como el psicoanálisis, la gestalt, la fenomenología... (en Barcia, 1999).

A las que habría que añadir, la orientación más defendida en la actualidad, la utilización de la producción gráfica como un medio de expresión y que encuentra en la Arteterapia una de sus principales manifestaciones.

De este modo, en la preocupación por el análisis de la productividad artística de los enfermos mentales se diferencian tres grandes etapas:

1. El estudio con una orientación diagnóstica preferentemente
2. El periodo donde se analiza el arte psicopatológico como expresión de la enfermedad
3. El actual, donde la principal preocupación es utilizar el arte como vehículo de comunicación. (Andreoli, 1992)

No obstante, esa división por etapas de las finalidades principales del actividad artística en salud mental, no implica que un mismo momento no puedan convivir varias de las finalidades comentadas. Así, hoy en día la psicoterapia por el arte se utiliza en la ayuda al diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales de población adulta (depresiones, psiconeurosis, psicosis, trastornos de la personalidad, trastornos de la alimentación, drogodependencias...). Uno de los ejes fundamentales del tratamiento consiste en que la persona sea consciente de su enfermedad y la reconozca para que aprenda a aceptarla y a actuar sobre ella, usándose la terapia del arte para esa autoexploración y expresión del conflicto.

Entre las posibilidades del Arteterapia en Salud Mental, la Asociación *Metáfora* (2004) apunta que puede servir para contrarrestar el efecto emocional adverso que supone para el paciente una admisión hospitalaria en la Unidad Psiquiátrica de Agudos. En el Hospital de Día, puede utilizarse para explorar las causas que provocan las crisis de los usuarios, así como para fomentar las relaciones interpersonales en el grupo y reflexionar sobre la situación de cada uno. En las psicopatías menos graves, puede ayudar al usuario a establecer contacto con su mundo emocional sin poner en peligro sus estrategias defensivas; y en todos los casos, permite que el terapeuta decida el momento oportuno para recuperar la producción plástica concreta que realiza el paciente y explorar el conflicto que se refleja en ella cuando el paciente ya está preparado para afrontarlo.

El trabajo del Arteterapia puede ser de contención, centrado en el conflicto, de exploración interpersonal o intrapsíquico, practicándose en sesiones individuales o grupales, de corta, media o larga duración, dependiendo de cuáles sean los objetivos.

El artista y la locura

El tema de la relación entre el artista y la locura ha sido siempre polémico. En el imaginario colectivo se encuentran la figura del artista y la del genio como personajes raros

y excéntricos que rallan la locura. Al igual que el científico que se nos presenta impoluto con su bata blanca y su microscopio, en general, tendemos a considerar que el pintor o el artista presenta ciertas dosis de locura y extravagancia¹⁵. Pero ¿qué hay de cierto en todo ello? ¿Es exacta esa percepción colectiva, o se trata, por el contrario, de otro tópico más?

No es mi intención ahondar de manera exhaustiva en las cuestiones planteadas anteriormente pero sí que, a través de estas líneas, obtengamos algunas conclusiones que nos ayuden a comprender la vinculación que se da entre artista y locura.

Parece que una de las principales características que median en dicha relación es la proximidad de los términos locura y creatividad. Ambas se pueden definir como estados que implican trascender lo lógico, lo común, explorar lo nuevo e incluso cuestionar lo establecido. Lo cual explica, en parte, como señala Romero (2000), que muchos artistas puntúen alto en test de diagnóstico psiquiátrico que miden algunas alteraciones leves, como las ciclotímicas; encontrándose relación entre personas creativas y personas con tendencia psicopatológica. No obstante, como también nos advierte este autor, este hecho puede ser debido al solapamiento que en el plano conceptual existe entre esos dos constructos.

Por otra parte, teniendo en cuenta el perfil de los enfermos mentales que pintan y la relación que existe entre el artista y el loco, Barcia (1999) defiende que en general, los enfermos mentales que realizan actividades pictóricas nunca las habían realizado antes de enfermar y habitualmente las abandonan cuando se curan. Asimismo, suelen ser personas con bajo nivel cultural y carecen de conocimientos artísticos, por lo que se puede afirmar que no se trata de artistas que enloquecen sino de locos que pintan, aunque algunos de ellos puedan considerarse como auténticos creadores.

Algunas definiciones de arte están también muy relacionadas con el concepto de Locura, como cuando se entiende que el arte es una manifestación del inconsciente que trasciende a la razón y a las normas. Si esto lo unimos al posicionamiento que defiende que ni la normalidad excluye totalmente a la patología ni la patología es una condición pura y constante, el argumento anterior cobra fuerza.

“Los valores de la cordura no son eternos ni naturales, así como no hay un significado evidente, de sentido común, en la condición de ser demente. La percepción de que algunas personas están locas forma parte de la historia del pensamiento, y la locura requiere una definición histórica. Locura significa no tener sentido, significa decir lo que no debe tomarse en serio. Pero esto depende por completo de cómo una cultura determinada define el sentido y la seriedad”(Sontang, 1987)

¹⁵ La constatación a lo largo de la historia de que artistas muy relevantes, como Van Gogh, han padecido alguna patología también ha contribuido enormemente a incrementar este mito, al igual que el interés por los artistas de retratar la locura y el empeño mostrado por algunos literatos y psiquiatras en demostrar la relación entre genialidad y locura, como Cesare Lombroso.

Pichón Riviere (1986, en Martínez Vázquez, 2000: 335) señala, sin embargo, sutiles diferencias entre Arte y Locura:

“Por supuesto, dado su alto valor terapéutico, el arte es una actividad que tendría que estar al servicio de todos: la locura y la creación serían los dos caminos alternativos frente a una situación de crisis, y en uno y otro caso se pueden ver actos de la imaginación distintos. En uno, el sujeto puede mover su realidad externa e interna. En el otro, como no la puede movilizar, intenta controlarla con los mecanismos de la locura. Por eso en el arte hay juego y en la locura sólo existe una cruel distorsión de la realidad”

Asimismo, la mayoría de los autores, como Romo (1999), indican que cuando se producen las crisis psicóticas los artistas dejan de ser creativos y no consiguen realizar sino garabatos descoordinados, por lo que locura, creatividad y arte no siempre van unidos.

Romero (2000) concluye que si entendemos la locura como algo no del todo apartado de la normalidad, y ésta como algo no exento de locura, parece que existe un lugar intermedio en el que tiene cabida la imagen tradicional del artista; ya que el arte trabaja, precisamente, en el terreno liminar entre lo conocido y lo desconocido, lo expresable e inexpressable.

En relación a ello, hemos de apuntar que el estudio del arte del enfermo nos ha ayudado tanto a entender mejor al hombre enfermo como al hombre sano en general. De hecho, como indica Barcia (1999) el conocimiento de la producción artística de los locos sirvió también para sensibilizar a la población y a los críticos para entender la pintura moderna (lo que se produjo a partir de la exposición de A. Maire en el Hospital Psiquiátrico de Villejuif en 1905), del mismo modo que exposiciones de este arte que se iniciaba (como la de Colonia en 1912) sirvió igualmente para sensibilizar a los médicos sobre la pintura de los enfermos mentales.

Otra de las semejanzas que encontramos entre “arte sano” e “insano” es la interpretación de ambos como expresión de una “vuelta al interior”, encontrándose analogías entre la pintura del esquizofrénico y la del expresionismo, surrealismo e incluso realismo, dado que en todas ellas se expresan las particularidades de la personalidad del pintor. De esta manera, no podemos hablar de arte psicopatológico, sino sólo de Arte, esté realizado por un hombre sano o enfermo.

Características de la pintura de los enfermos mentales y esquizofrénicos

Si bien en el apartado anterior, concluíamos que no podemos diferenciar entre “Arte Sano o Arte Enfermo”, lo cierto es que las pinturas realizadas por los enfermos mentales presentan ciertos rasgos, que hacen necesaria su identificación. En este sentido, tal y como comenta Birtchenell (1987) las pinturas que se realizan en Arteterapia suelen ser “bastante fuertes, no especialmente hermosas y muestran claves muy obvias para que las capte el terapeuta”.

Lo cual, no implica, como ya hemos repetido en otras ocasiones, que se deba minusvalorar la contribución de este tipo de obras al mundo del Arte¹⁶.



Violación, 1994. José Antonio Higuero

Siguiendo a Andreoli (1998) podemos identificar seis tipos de pinturas en función del diagnóstico de los enfermos mentales:

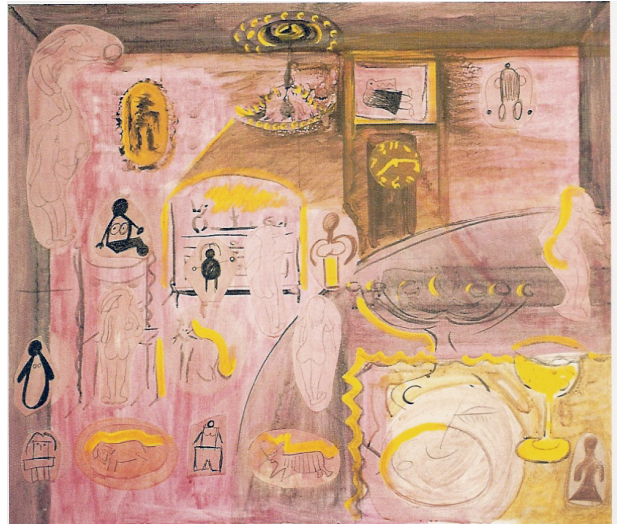
1. Perversiones mayores, caracterizadas por una escasa producción. Este tipo de pacientes, suelen preferir expresarse por escrito más que por dibujo o pinturas y tienen tendencia a ocultar el trabajo realizado.
2. Manías y depresión, en general presentan dibujos confusos (garabatos) en los que el color es muy importante. Suele ser vivo en los maníacos y oscuros en los melancólicos.
3. Paranoia, que genera imágenes fuertes, siempre ancladas en la realidad. Este tipo de pacientes suele pintar para expresar sus quejas y sus producciones suelen ser muy elaboradas y de fácil interpretación para el terapeuta a pesar del aspecto fantástico que puedan presentar.
4. La epilepsia, se caracteriza por la tendencia a la decoración y ornamentación.
5. Demencia y oligofrenia, que generalmente producen garabatos informes.
6. Esquizofrenia, que genera formas de expresión muy complejas.

¹⁶ Los rasgos y características que aquí se presentan deben analizarse desde la perspectiva de que toda clasificación tienen como objetivo organizar o sistematizar los elementos referidos a un mismo tema, sin que ello suponga que son todos los que están ni están todos los que son. De este modo, podemos encontrar producciones de enfermos que no se ajusten a estas características, así como obras de artistas “normales” que respondan a estos criterios. Como ejemplo de esto último citamos las obras de Picasso o Dalí, comparada en ciertos momentos con la de los enfermos mentales.

Para Barcia (1999), sin embargo, los rasgos esenciales en las producciones pictóricas de los enfermos mentales, y de los esquizofrénicos en particular, son los siguientes:

1. Garabatos. Tendencia muy frecuente en estos enfermos y que representa la necesidad de pintar que sienten.
2. Pintura abstracta. Tendencia que relaciona a la esquizofrenia con la pintura moderna.
3. Simbolismo. Constituye uno de los rasgos fundamentales. En la esquizofrenia es frecuente la aparición de símbolos religiosos y sexuales que, en ocasiones, son demasiado grotescos.
4. Realismo Intelectual. A través del que el enfermo mental reemplaza la realidad objetiva por la subjetiva; sirviéndose para ello de la transparencia, la omisión, la superposición de imágenes, las mezclas...
5. Adherencia al modelo. Algunos enfermos mentales necesitan de un modelo para poder crear, como ocurre habitualmente en los epilépticos y obsesivos. A veces, este modelo es reconstruido fielmente, como sucede en la esquizofrenia, y otras es totalmente deformado, como en el caso de los enfermos paranoicos.
6. Tendencia a la estilización, hecho muy frecuente y que se interpreta como expresión de necesidades afectivas.
7. Repetición, rasgo característico que debe ser percibido como expresión de tendencias primarias. Puede presentarse de diferentes formas, repitiendo una misma imagen o decorándola en exceso.
8. Aglutinación de imágenes. Se mezclan los símbolos más diversos: hombres, plantas, números, símbolos mitológicos...
9. Dibujos planos, sin perspectiva. Hecho muy frecuente y característico, en ocasiones, puede recordar a la pintura egipcia o bizantina.
10. Dibujos combinados con palabras y números. Son signos plásticos que recuerdan al valor atribuido a la caligrafía, simbolizándola.
11. Rostros, máscaras características. En muchos cuadros aparecen rostros que difícilmente se pueden describir. Algunas veces son rostros normales con alguna característica especial, como los ojos con vendas azules de Alloyse. Otras veces, son rostros horribles, monstruosos, que asustan; y en otras, se amontonan unos con otros creando guiños.

Además de los rasgos señalados anteriormente, también podemos apuntar que, normalmente, el *espacio* suele estar alterado. En ocasiones parece que está fragmentado, perdiendo los objetos sus relaciones normales entre ellos y el ambiente. Otras veces, hay infinidad de detalles y también muchos adornos y rellenos. En general, hay escaso o nulo movimiento.



Mansión Rosa, 1998. Carlos González Moreno

Por último, y para cerrar ya este trabajo, comentaremos que en lo referido al color la mayoría de los autores advierten que el simbolismo del color es idéntico al que se acepta tradicionalmente, aunque es habitual que sean cuadros monocromáticos con el fondo cubierto de formas de una sola tonalidad.



Durmiendo, 1998.
Artista Qastiyo (Ramón Castillo Payán)

BIBLIOGRAFÍA:

AA.VV. (2004). Arte, Terapia de Vida.

En <http://www.verdemente.com/ArteTerapia.htm> Consultado el 2-04-04.

ALCAIDE, C. (2004). Aproximación al Arte Terapia.

En <http://www.ucm.es/info/mupai/alcaide3.htm> Consultado el 6-04-04.

ANDREOLI, V. (1998): Arte y psiquiatría. *Opinión. Actualidad del trastorno depresivo*, 8, 10-17.

____ (1992): *El lenguaje gráfico de la locura*, F.C.E. México

ASOCIACIÓN METÁFORA (2004): Qué es Arte Terapia.

En http://www.metafora.org/espai/arteterapia/index_art_terapia.htm

Consultado el 6-04-04.

BARCIA, D. (1999). *Locura y Creatividad*. España: Janssen-Cilag.

BIRCHNELL, J. (1987). La terapia artística como forma de psicoterapia. En DALLEY, T.. *El Arte como Terapia*. P. 84. Herder: Barcelona.

DALLEY, T. (1987). *El Arte como Terapia*. Herder: Barcelona.

MARTÍNEZ VÁZQUEZ, V. (2000). Aproximaciones al Arte-terapia. Una experiencia en Granada. *Arte, individuo y sociedad*, 12, 335-340.

POLO, L. (2000). Tres aproximaciones al Arte Terapia. *Arte, individuo y sociedad*, 12, 311-319.

- RIVAS, F. (1999). Se ruega no cerrar los ojos, en *Línea Paralela*. Salas de exposiciones del Centro Cultural Provincial. Área de Cultura de la Diputación Provincial de Málaga y Asociación de Artistas Plásticos Línea Paralela.
- ROMERO, J. (2000). Creatividad, arte, artista, locura: una red de conceptos limítrofes. *Arte, individuo y sociedad*, 12, 131-141.
- ROMO, M. (1999). El trastorno psicológico del artista. ¿Mito o realidad?. *Aspasia. Revista de Arte*, 4, 10-12.
- SONTANG, S. (1987). *Bajo el signo de Saturno*. Barcelona: Edhasa.
- VALLEJO, F. (1999). Al Margen, en *Línea Paralela*. Salas de exposiciones del Centro Cultural Provincial. Área de Cultura de la Diputación Provincial de Málaga y Asociación de Artistas Plásticos Línea Paralela.

MUSICOTERAPIA COMO ARTETERAPIA

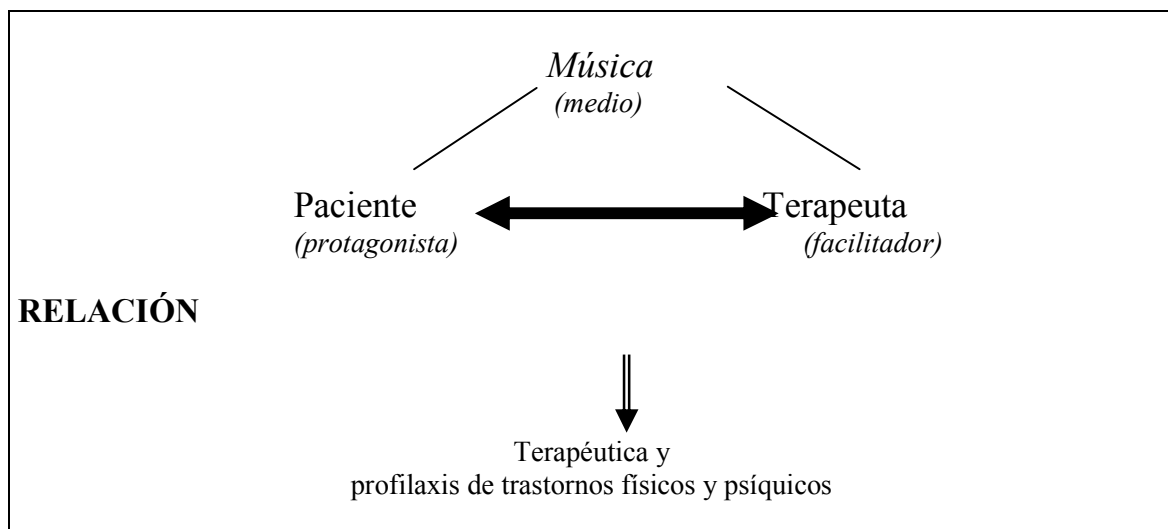
Mariano Betés de Toro¹⁷

El objetivo de esta comunicación es contestar sucintamente a dos cuestiones fundamentales: qué es la musicoterapia y si se puede considerar un arte-terapia. Y en todo caso, qué puede aportar la musicoterapia al arte-terapia.

¿QUÉ ES LA MUSICOTERAPIA?

La *musicoterapia* estudia los aspectos teóricos de la aplicación terapéutica de la música¹⁸ y el conjunto de técnicas que utilizan la música como principal recurso terapéutico.

La musicoterapia se define por **tres elementos**, que pueden representarse por un triángulo con tres vértices (figura 1). Uno de los vértices es el **paciente**, que constituye el verdadero protagonista de esta actividad. En otro vértice está el **terapeuta**, que actúa de facilitador de la actividad. Entre ellos, aparece la **música** en el sentido más amplio.



¹⁷ Doctor en Medicina. Psiquiatra y psicólogo. Licenciado en Historia del Arte. Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá (Madrid). Correo electrónico: mariano.betes@uah.es.

¹⁸ La música es entendida aquí como estímulos vibratorios formados por sonidos y silencios, ritmos, melodías, armonías y timbres. A partir de ahora, entenderemos todos estos elementos cuando hablemos de música.

Figura 1. La musicoterapia se fundamenta en la relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta a través de la música.

La música permite una relación peculiar entre el paciente y el terapeuta. La peculiaridad de esta relación es el tipo de comunicación que se establece entre ellos, que va más allá de las palabras y permite comunicar aspectos tanto conscientes como inconscientes del paciente. La musicoterapia tiene mucho de *catarsis*, porque la música permite la expresión de pensamientos, ideas, sentimientos, pero además es dinamizador del sistema motor y facilita un gran número de movimientos, tanto voluntarios como involuntarios.

Estimulación consciente e inconsciente

Los sonidos se transmiten por el oído al cerebro a través de vías nerviosas auditivas que transforman los estímulos vibratorios (de naturaleza física) en impulsos nerviosos (de naturaleza bioquímica). Estos impulsos nerviosos producidos por la música van a afectar tanto a áreas inconscientes (diencefálicas) como conscientes (corteza cerebral):

- La estimulación cerebral inconsciente permite que el paciente bajo la influencia de la música, pueda recordar, sentir, elaborar imágenes, realizar movimientos o experimentar una relajación muscular de forma inconsciente, es decir, sin que se de cuenta de lo que está ocurriendo en su cuerpo. Por eso, existe una relación íntima entre musicoterapia y psicoanálisis, ya que ambos trabajan material inconsciente.
- Pero, además, la música es capaz de modificar actividades conscientes de las esferas cognitiva (pensamientos), emocional (sentimientos) y motora (movimientos), dando una gran variedad de respuestas que pertenecen al campo de la conciencia de la persona.

Todas estas respuestas, tanto conscientes como inconscientes, constituyen los elementos de comunicación del sujeto, y son la base de nuestro trabajo, porque expresan sus ideas, sus sentimientos y sus movimientos.

Niveles de implicación y eficacia de la música

En musicoterapia, se puede aplicar la música de tres formas diferentes, que corresponde a tres niveles de implicación:

- *Primer nivel*. Se utiliza música grabada y el individuo recibe los estímulos musicales a través de una **audición**. Esta forma de aplicación es denominada *musicoterapia pasiva*, pero en realidad es útil para producir relajación (en trastornos de ansiedad, tensiones nerviosas, insomnio), inducción de movimientos (en alteraciones motoras, Parkinson) y de imaginación, como un elemento potenciador de la psicoterapia. Esta forma

de aplicación puede potenciar otras actividades de arte-terapia, ya que crea el ambiente propicio para el desarrollo de la actividad creativa.

- *Segundo nivel.* Otra forma de utilizar la música es la **interpretación personal** de una melodía preexistente. Aquí el grado de implicación es mayor, ya que el paciente participa con su voz, su cuerpo y su movimiento. Ejemplos de este segundo nivel son la participación en un coro o algo tan aparentemente simple como un *karaoke* (el *karaoke* puede ser una actividad terapéutica). Ambas manifestaciones pueden reportar grandes beneficios si son aplicadas siguiendo un plan terapéutico preestablecido, que especifique los objetivos concretos y la metodología que se va a utilizar.

- El *tercer nivel* de implicación consiste en la **elaboración de la propia música**. También se considera tercer nivel la utilización de una música preexistente e la incorporación de una letra adaptada a la situación concreta que estamos tratando. Esto es especialmente útil en el tratamiento de problemas cognitivos, como en las demencias (Alzheimer), en los trastornos de adaptación (duelo, maltratos, trastorno de estrés postraumático,... etc), o en la atención a los enfermos terminales.

Tal vez lo más interesante de la distinción entre los tres niveles sea la constatación de una relación directa entre el nivel de **implicación** del individuo en la música y la **eficacia** de la musicoterapia. Esta observación es también aplicable a las demás artes creativas: la transformación personal está unida al grado en que el paciente se implica en el proceso creativo.

¿Qué música es **la más terapéutica**? En principio, la música más sensible para el paciente es la que el paciente prefiere. Para obtener esta información, se completa una *ficha musico-terapéutica*, cuyos datos constituyen la historia musical del paciente. Ahí se encuentran los elementos musicales básicos del trabajo con musicoterapia.

LA MUSICOTERAPIA, ¿ES UN ARTETERAPIA?

La música es un arte: es una manifestación artística. Ahora bien, en musicoterapia, esta manifestación artística (la música) tiene una finalidad terapéutica: su eficacia forma parte de su propia identidad, de modo que si no es eficaz, no es terapia, y por tanto, no es musicoterapia. En consecuencia, la actividad terapéutica aparece como protagonista.

En musicoterapia, al igual que en las otras manifestaciones artísticas del arte-terapia (pintura, escultura, cerámica,... etc.), no se pretenden hacer grandes obras de arte. En nuestro caso, utilizamos el arte de los sonidos como expresión y descubrimiento de uno mismo, y se manejan elementos gratificadores, como la relajación, la imaginación o el goce personal.

Sin embargo, la música tiene una peculiaridad que la distingue de las demás artes: no es plástica. Su materia utiliza el espacio, pero es *a-espacial*: está constituida por ondas vibratorias. Estamos hablando de una propiedad física, no exactamente de materia. Por lo tanto, estamos hablando de algo distinto a lo esencialmente plástico.

La música y los instrumentos

La música se genera a partir de instrumentos, que son objetos que tienen la propiedad de producir vibraciones que impresionan el oído. Algunos instrumentos son corporales (la voz humana, el cuerpo como elemento de percusión y de ritmo) y otros instrumentos son elaborados por el hombre (a base de materiales de reciclado, cajas, tubos, semillas, etc). Los objetos musicales sirven por sí mismos para establecer y potenciar la relación terapéutica, sirviendo de objetos intermediarios entre el paciente y el terapeuta.

Como ya se ha comentado, hay una diferencia fundamental entre la música y las demás artes terapéuticas: la música no se desarrolla en el espacio, sino en el tiempo. Además, cuando la música se repite, nunca se repite igual, porque la expresión musical siempre suena de forma diferente. En las artes plásticas, la obra queda ahí: ha salido de la imaginación de las personas y se mantiene estable fuera de nosotros con independencia de nosotros.

Tenemos la posibilidad de grabar música y volverla a oír, e incluso filmar una sesión en la que se elabore música. Después podemos verla y oírla. Es como una pintura o una cerámica. En nuestro caso, es una obra visual y sonora, pero no es plástica. Es un documento sonoro.

CONCLUSIONES

Estas pequeñas anotaciones permiten concluir dos ideas:

1. La musicoterapia **es un arte-terapia**: la música es una manifestación artística y la musicoterapia es una actividad terapéutica, al igual que las otras manifestaciones artísticas del arte-terapia (pintura, escultura, cerámica,... etc.). La musicoterapia debe cumplir, pues, dos requisitos básicos: que se desarrolle un proceso creativo a través de la música y que tenga un objetivo terapéutico concreto (tratamiento o prevención de trastornos físicos o psíquicos).

2. Además, la música puede **potenciar** cualquier arte-terapia, por su capacidad de modificar procesos cognitivos, emocionales y motores, tanto en el ámbito consciente como inconsciente. Cuando la música es utilizada en las tareas de expresión artística, se fomenta la creatividad y se mejora la relación terapéutica. En todo caso, la elección de la música debe hacerse de acuerdo con las preferencias musicales de la persona.

Bibliografía

- ALLEN, P.B. (1997). *Arte-Terapia: Guía de autodescubrimiento a través del arte y la creatividad*. Madrid: Gaia Ediciones.
- BERMELL, M.A. (1993). *Interacción música y movimiento en la formación del profesorado*. Madrid: Mandala Ediciones.
- BETÉS DE TORO, M., comp (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid: Ediciones Morata.
- BONNY H. (1998). *Guided Imagery and Music. The Role of Taped Music Programs in the GIM Process*. The Bonny Foundation ICM Book.
- BOYCE THILMAN, J. (2003). *La música como medicina del alma*. Barcelona: Paidós.
- KNAPP, M.L. (1982). *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós.
- SWANWICK, K. (1991). *Música, pensamiento y educación*. Madrid: Ediciones Morata.

LOS TESTS PROYECTIVOS (PRE-TRATAMIENTO) Y SU ADAPTACIÓN AL INDIVIDUO

Jorge Hernández Becerra

La exposición que presento a continuación muestra las posibilidades de adaptabilidad que los tests proyectivos son capaces de encerrar a la hora de dar respuesta a la subjetividad de las personas. A la vez, también planteo una hipótesis que busca demostrar la preponderancia que pueden llegar a tener las terapias relacionadas con el arte, en la mejora de individuos que presenten problemas, relacionados sobre todo, con retrasos psicológicos.

Comenzaré comentando que los tests psicológicos se presentan a sí mismos como detectores de diversas psicopatologías, disfunciones, cualidades o retrasos que pueden estar presentes en los individuos y que es necesario sacar a relucir para plantearse un tratamiento adecuado si el caso lo requiere.

Los tests pueden clasificarse de diversas formas, aunque nosotros adoptaremos la distribución elaborada por Pervin en 1980, el cual distingue entre “Proyectivos” (especialmente diseñados para revelar aspectos de la conducta a través de respuestas subjetivas), “Psicométricos” (donde priman los procedimientos estadísticos con material estandarizado y tipificado), “Subjetivos” (técnicas a través de los cuales el sujeto describe, califica o clasifica a sí mismo o a otros, analizándose los resultados a través de procedimientos cualitativos o cuantitativos, y donde la entrevista goza de la consideración de ser la técnica por excelencia) y los “Objetivos” (los cuales son pruebas propias de situaciones de laboratorio).

La expresión artística desde la dimensión plástica se encuentra presente de manera significativa dentro de las técnicas proyectivas. Es aquí donde los tests gráficos o el dibujo, cobran una importancia relevante a la hora de intentar detectar diversos déficits o problemas, siendo precisamente en los niños donde los resultados satisfactorios se muestran con más claridad. A través de los proyectivos, tal como afirma Simone Bourgués (1980) se pueden abarcar aspectos tan dispares como factores intelectuales (para descubrir retrasos...), factores instrumentales (perturbaciones de la visión, de la estructuración espacial, deficiencias motoras...), factores afectivos y diversas psicopatologías (psicosis, neurosis, ...). Según Elsa Grassano, los tests gráficos “...son los primeros que detectan desórdenes psicóticos, así como los últimos que se modifican, aún en personas que han logrado cambios cualitativamente importantes en sus manifestaciones clínicas” (...) “...el dibujo surge de la evolución como expresión de la necesidad infantil de recreación de los objetos internos y del mundo interno, sentido profundo que conserva en la vida adulta. La producción gráfica revela la concepción y los conflictos...”. (G. 1984, pag.189)

Es precisamente debido a lo que acabamos de comentar, que el simple hecho de dibujar puede conllevar efectos catárticos, al hacer resurgir del interior de las personas las ansiedades, fantasías, etc, desahogando un tanto el alma de diversos “pesos mentales”. De hecho, con los niños es conveniente comenzar el acercamiento evaluativo (en caso de que lo precisara) por medio de dibujos, tal como afirma Mauricio Xandro (1991) para, de esta forma, aflojar la tensión en general que el menor pudiera tener acumulada.

Sin embargo, y a pesar de todo lo mencionado, los proyectivos se ven sometidos a desacreditaciones continuas, ensalzando de este modo a su eterno contrario, los tests psicométricos, los cuales se esfuerzan en demostrar que no adolecen de la subjetividad que impregnan a las técnicas proyectivas. Pero ¿es acaso cierta esta afirmación? ¿No se encuentran sujetas la pruebas psicométricas a las expectativas del individuo que ha creado el test?

A pesar de todo, ¿es deseable deshacerse de la subjetividad?, ¿no es posible que sea necesaria para entender y evaluar al individuo?

Si prestamos atención al paradigma “Constructivista” (enfoque psicológico en el que tienen cabida autores como Piaget, Vygostki, Ausubel,...) podemos afirmar que la subjetividad es propia del ser humano, y lo que hace subjetivo al individuo son los procesos mentales que ocurren en su interior, consecuencia éstos de nuestra propia delimitación del mundo, la cual es creada por nosotros mismos gracias a nuestras experiencias particulares. Una explicación clara y concisa de las peculiaridades de este enfoque la proporcionan Feixas I Viaplana y Villegas I Besora: *“En síntesis diremos que el constructivismo propone que es el sujeto (observador) quien activamente construye el conocimiento del mundo exterior, y que la realidad puede ser interpretada en distintas formas. Así, la idea de adquirir un conocimiento <<verdadero>> acerca de la realidad se desvanece”* (F./V. 1993, pág.19)

Partiendo de esta idea, podría llegar a afirmarse que aún en el hipotético caso de que dos sujetos diesen la misma respuesta correcta entre un *input* y un *output* no podría garantizarse que ambos hubieran tenido el mismo proceso mental, o que este proceso haya sido correcto en ambos casos. Lo mismo ocurriría aunque ambos sujetos proporcionaran respuestas diferentes (y por lo tanto únicamente uno de ellos llegara a la supuesta respuesta correcta), ya que podrían haber tenido recorridos mentales inequívocamente correctos en los dos casos. Este hecho en determinados tests como los de inteligencia resulta esencial, para otorgarles un mayor o menor grado de validez.

Para evitar este problema, resultaría imprescindible realizar entrevistas tras la realización de todos los tests (psicométricos y proyectivos) para conocer la “trayectoria” que llevó al sujeto a elegir la susodicha respuesta, ya que de lo contrario estaríamos interpretando inadecuadamente sus resultados. No hay que olvidar tampoco que cualquier tipo de test no es más que una ayuda a la hora de detectar una posible anomalía en un sujeto, por lo que no pueden ser considerados en ningún caso como medidores milagrosos e infalibles. Esta afirmación nos lleva a la conclusión de que todo diagnóstico realizado por un profesional, debe fundamentarse sobre todo en el contacto personal entre evaluador y evaluado.

La difícil cuestión de intentar conocer el “proceso mental” de un sujeto determinado, se intenta solventar en un test que podríamos incluir dentro de los proyectivos: el test de Rorschach (test de manchas, que implica la búsqueda, por parte del evaluado, de formas en ellas).

Béla Székely en su tercer tomo del libro “Los tests” mencionó una importante cualidad del Rorschach: “... fue el primero que pudo, con un procedimiento exacto, captar la vida psíquica y mental del hombre en su aspecto dinámico” (...) “...el alma humana constituye una realidad dinámica, y por lo tanto debe ser enfocada en su aspecto dinámico” (S. 1966, pag.1586).

Es precisamente este dinamismo el necesario para evaluar los pensamientos que llevan a los individuos a decantarse por una determinada respuesta.

Székely menciona en su libro como Kopfer y Kelley proponen la siguiente fórmula de pregunta estandarizada a la hora de realizar el Rorschach: “La gente ve diferentes clases de cosas en estos cuadros, producidos por manchas. Ahora dígame qué es lo que usted ve, qué es lo que puede representar para usted, y en qué le hace pensar” (pág. 1598). Observando estas frases no resulta difícil concluir que lo que se pretende con ellas es conocer dentro de lo posible la “trayectoria mental” que va desde que el sujeto observa la mancha hasta que acaba hallando una respuesta a la pregunta ¿qué es lo que usted ve?. Desde este punto de vista, la fórmula de Kopfer y Kelley puede considerarse una “entrevista comprimida” a través de la cual se evalúa un amplio espectro de cuestiones.

Una vez más, encontramos en el libro de Székely una frase que no tiene desperdicio y que intenta dilucidar cuáles han sido los procesos psíquicos que se han puesto en funcionamiento durante esta prueba: “...una proyección de elementos mentales y afectivos hacia fuera, provocada por las manchas de las láminas” (pág. 1604). Es decir, una unión creativa de elementos mentales y afectivos que de manera subjetiva se esfuerzan en dar forma a un estímulo visual que en principio debería resultar inocuo. Es por ello que este modo de evaluar a los individuos (su inteligencia, patologías,...) presenta dos grandes características que paso a comentar a continuación, como son, en primer lugar el hecho de que al rozar el interior profundo de cada individuo (como suele ocurrir en los tests proyectivos) resulta imposible entrenarse para mejorar la puntuación propia en este tipo de pruebas, y en segundo lugar, la innegable estimulación que se produce del pensamiento nuevo.

Para comenzar tratando la afirmación inicial, podemos citar varios libros que permiten ejercitar al sujeto en la técnica de realización de tests, como pueden ser los de Maldonado (2000) o Varenne (1988). Es evidente, que si se intenta engañar al evaluador (para conseguir una puntuación diferente a la que podría obtenerse si no lo hiciera) puede lograrse con práctica y conociendo ciertos aspectos clave de la prueba. En estos libros aparecen ciertas tareas a realizar (normalmente del mismo estilo que se encuentran en los tests) para los que quieren mejorar sus puntuaciones en pruebas psicométricas, sobre todo en aquellas que se encuentran relacionadas con la inteligencia (aunque, con respecto a esta situación, no hay que perder de vista el hecho de que en realidad, aún no se conoce con absoluta certeza cuál es la naturaleza de lo que habitualmente denominamos como

“inteligencia”. Tal como afirma Martínez Arias *“El constructo inteligencia ha sido de los primeros estudiados por la psicología, y para su definición y operacionalización se realizaron numerosas investigaciones a lo largo de todo el siglo; no obstante, no existe un acuerdo universal en cuanto a la naturaleza del mismo”* (M. 1999, pág.129). Esta conclusión, establecida tras los simposios de 1921 y 1986 elimina cualquier tipo de supuesta objetividad a la hora de intentar medirla, ya que cada profesional puede definirla de un modo determinado)

Como conclusión a lo anteriormente mencionado, decir que si en diversos libros encontramos ejercicios con los que poder entrenarnos y conseguir así mejorar nuestras puntuaciones en pruebas psicométricas, podemos llegar a plantear que, lo que en realidad se estaría evaluando sería la habilidad para realizar este tipo de prueba, o en todo caso, la retención de unos conocimientos concretos que pueden adquirirse en relativamente poco tiempo. Este hecho pondría en tela de juicio la posibilidad de que realmente estuviera evaluando otros aspectos (como la inteligencia,...), lo cual debería restarle validez a la prueba.

Acerca de las pruebas proyectivas en el libro de Varenne se especifica: *“Si hubiera una receta para pasar las pruebas proyectivas, sería más o menos así: Responda siempre siguiendo los dictados del sentido común, de la lógica colectiva, de la norma social, y preserve sistemáticamente sus ideas personales, sus sentimientos y sus gustos”* (V. 1988, pág.141). Esta frase, nos da a entender que no existe ningún modo posible de entrenarse para mejorar la puntuación en este tipo de test (como sí ocurría en el psicométrico), quedando como única opción a la hora de variar los resultados de la prueba, la de mentir si es necesario, algo a lo que evidentemente se expone todo test y que no puede ser evitado (aunque algunas pruebas evaluativas crean disminuir este problema intentando detectar las mentiras con “items trampa”) (de veracidad).

En segundo lugar, el que se cree pensamiento nuevo a la hora de evaluar a un individuo, es importante desde la concepción de la “neogénesis” establecido por Spearman. Este autor defendía la idea de que un determinado test podía considerarse “bueno”, siempre y cuando los apartados de que estuviese compuesto produjeran (o estimularan) pensamiento nuevo. Desde este punto de vista una gran cantidad de test psicométricos de inteligencia (Otis sencillo,...), serían tachados de “malos tests”.

En cuanto a este respecto, el libro de H.J. Eysenck y L. Kamin muestra un ejemplo claro de lo que no sería la neogénesis: *“...un item como <<Carmen es a Bohème como Bizet es a : Verdi/Puccini/Wagner/Strauss>> es malo porque depende casi totalmente del conocimiento adquirido, y no de ningún tipo de neogénesis; usted sabe que Bizet escribió Carmen y Puccini escribió la Bohème o no lo sabe.”* (E./K. 1991, pág.42)

Si aceptamos la idea de la neogénesis de Spearman (ya que a día de hoy aún no ha podido ser rebatida), sería como admitir que lo esencial de la inteligencia es la creación, la formación de lo nuevo (lugar donde el mundo artístico tendría mucho que decir), ya que la manera lógica de medir un cierto aspecto, es a través de algo que se le asemeje. Muñiz hace referencia a la original idea de Binet que viene a afirmar este hecho: *“Si se desea evaluar el potencial intelectual, hay que utilizar tareas cognoscitivamente complejas, que se asemejen*

de algún modo al tipo de cometidos intelectuales que se pretende predecir” (M. 1994, pag.24). Es por ello justo afirmar que si es necesaria la neogénesis para hallar la inteligencia, lo esencial de esta última debería ser la creación. Con esta afirmación no quiero indicar que no acepte la teoría actual de que existen distintos tipos de inteligencia (emocional, social...), sino que con este planteamiento, estoy estableciendo la creatividad como un requisito indispensable para poder llevarlas a cabo.

Desde esta perspectiva, se puede llegar a deducir fácilmente, que a pesar de que el test produzca pensamiento nuevo (a la hora de evaluar la inteligencia), podría ser igualmente poco válido, si se basa en conocimientos específicos para poder realizarlo correctamente, ya que se supedita a la necesidad de haber asimilado con cierta destreza esos conocimientos para poder valorar lo que la prueba desea.

A modo de hipótesis desprendida del tema, podemos plantear la siguiente cuestión: Si unimos la idea de la “creación como parte esencial de la inteligencia” surgida de la neogénesis, a la anteriormente mencionada de la “existencia de subjetividad en todos los procesos mentales” establecida a raíz del enfoque constructivista, ¿podríamos elaborar una definición razonada de lo que es realmente la inteligencia?. A esta pregunta habría que contestar afirmativamente, ya que tomando como referencia las ideas mencionadas, es fácil llegar a considerar que la inteligencia surge como resultado de los procesos mentales que nuestras vivencias han ido conformando de manera subjetiva y original. Es por ello, que la creatividad existente en cualquier proceso mental sería realmente lo que podríamos considerar como inteligencia, ya que cada una de nuestras elaboraciones psíquicas serían diferentes a las de los demás, debido precisamente a nuestra propia delimitación del mundo, lo cual es como admitir, que estamos “pensando” continuamente de manera original y por lo tanto creativa.

Aunque existen diferentes acepciones de creatividad, yo adoptaré, en base a mis propias conclusiones, la de: *“Todo proceso mental y por lo tanto subjetivo y original de un determinado pensamiento”*. Esta definición deja patente el hecho de que debemos considerar la creatividad como algo universal en el ser humano (lo cual, en ningún momento quiere indicar que se lo niegue al resto del reino animal) y no como hegemonía de algunas personas “elegidas”.

Sin embargo, ¿existiría la creatividad, tal cual la hemos formulado, desde el nacimiento?. Hemos de considerar que no, ya que para que ésta tenga lugar, debe haber existido con antelación las suficientes experiencias del individuo con el entorno, como para que pueda llegar a crear su propia delimitación del mundo (siendo muy posible que el brote de inteligencia se inicie con la conciencia de uno mismo con respecto a lo que le rodea). Derivando de esta idea, podríamos plantear también la hipótesis de que todo lo que no pudiera ser englobado dentro de nuestra idea de creatividad, podría llegar a considerarse “innato”, o sea, un aspecto con fundamentación puramente biológica. Es por ello, que elementos como la memoria, que aún hoy día se encuentra evaluada por diversos tests (mal llamados, según la teoría expuesta) de inteligencia, se vería relegada a engrosar el apartado de lo innato, ya que la memoria existiría con antelación a la creatividad, es decir, sería un requisito indispensable para familiarizarse con el medio y poder así elaborar los propios

procesos mentales. Esto quiere indicar, que la memoria debería ser considerada como una cuestión presente desde el nacimiento.

A pesar de todo, lo que sí podríamos considerar inteligencia serían las estrategias utilizadas por el individuo a la hora de almacenar en la memoria y rescatar lo introducido. Sin embargo, ello no incluiría aspectos como la realización de estas acciones de manera mecanizada. Esta forma de actuar sería descartada precisamente porque toda actividad realizada a través de la citada mecanización, se llevaría a cabo sin la mediación de la elaboración mental, por lo que podría pasar a ser considerado como algo tan involuntario como lo innato.

Esta posición con respecto a la inteligencia, deja traslucir el hecho de que un posible buen método a la hora de tratar retrasos, vendría de la mano de terapias que incluyesen el arte, ya que éstas estimularían la creatividad y en consecuencia también los procesos mentales. La arteterapia tendría desde este punto de vista una relevancia patente a la hora de mejorar y perfeccionar psicológicamente a individuos que adoleciesen de problemas relacionados con retrasos graves y leves.

No hay que olvidar tampoco, con respecto a los tests, que este enfoque implica un modo de evaluación diferente al que suelen proporcionar las pruebas psicométricas, buscándose en esta ocasión una estimación más dinámica y aséptica desde el punto de vista cultural o conceptual, menos memorística, y más preocupada por el proceso que por la respuesta concreta del sujeto. Es por ello que el arte puede ser un buen acercamiento a la creatividad y por lo tanto, también al proceso mental, de cualquier persona. Con este planteamiento, los test proyectivos como el de Rorschach, u otros como el test de los garabatos, el de la familia, etc., ganan protagonismo gracias a su adaptabilidad a todas las mencionadas cualidades de evaluación. Como afirma Xandro *“El hombre comenzó a dibujar y pintar antes que a escribir, y los primeros lenguajes fueron ideográficos. Hoy mismo, cualquier persona que no sepa escribir, analfabetos, son capaces de dibujar. Los niños que comienzan a hacer garabatos a los tres-cuatro años, forman ya a esta temprana edad nacientes dibujos que se van consolidando y perfeccionando antes de aprender las letras”* (X. 1991, pág.17).

Partiendo de esta realidad, y uniéndolo al hecho de que estos tests están personalizados en un grado mucho mayor que los psicométricos, no es difícil deducir que pueden ser usados en gran parte del mundo, y con una gigantesca masa de población (analfabetos...), con buenos resultados.

No debemos olvidar también, que debido a la subjetividad y personalización de muchos tests proyectivos podemos no sólo detectar problemas mentales (incluidos los muy graves como la esquizofrenia), sino que además es posible llegar a mostrar, con cierta fidelidad, el mundo interior con el que convive el sujeto, lo cual es sin duda un aporte de información excepcional para el profesional que deba atenderle, a la hora de tratar su enfermedad.

Para concluir, y a modo de colofón final, señalar la idea de que el mundo artístico, a través de varios test proyectivos, parece mostrarse como un posible bastión sólido en la ayuda a los profesionales en la detección de cualquier cuestión mental, debido precisamente

a su adaptación a la subjetividad, dinamismo y estimulación de creatividad, es decir, debido a la detección de problemas a través de la personalización.

BIBLIOGRAFÍA:

- BOURGÉS S. (1980). *Test para el psicodiagnóstico infantil*. Madrid: Cincel. Madrid
- GRASSANO E. (1984). *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FEIXAS I VIAPLANA G./ VILLEGAS I BESORA (1993). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias (PPU).
- H. J. EYSENCK/ L. KAMIN (1991). *La confrontación sobre la inteligencia*. Madrid: Pirámide.
- MALDONADO (2000). *Cómo afrontar los tests. Claves del éxito*. Editorial Libsa.
- MARTÍNEZ A. (SILVA F. Coord.). (1999). *Avances en evaluación psicológica*. Valencia: Promolibro.
- MUÑIZ J. (1994). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.
- SZÉKELY B. (1966). *Los tests. Manual de técnicas de exploración psicológica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- VARENNE (1988). *Test. Cómo entenderlos, cómo responderlos, cómo superarlos*. Ediciones Urano.
- XANDRO M. (1991). *Manual de tests gráficos*. Madrid: Editorial EOS.

INVESTIGACIÓN EN ARTETERAPIA

Pilar M^a Domínguez-Toscano

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE ARTETERAPIA?

En el desmedido escaparate Internet encontramos –o nos encuentra- una rutilante galería de páginas y portales presentando las bondades de la arteterapia (en adelante AT): cursos, talleres, laboratorios, experiencias, AT on line, AT virtual... un abigarrado bazar repleto de reclamos coloristas que impactan en la retina con la excitante visión de una tómbola. No es extraño que la impresión que se obtenga tras callejear por tan espectacular mercado sea de confusión. Confusión incluso respecto a la delimitación terminológica básica.

Empecemos por que los autores aluden con el término AT a conceptos no siempre coincidentes. En ocasiones, el vocablo es referido al conjunto de prácticas terapéuticas mediadas por cualquiera de las modalidades expresivo-creativas o por la aplicación integrada de varias de ellas. En esta acepción, AT se usa tanto como sinónimo de musicoterapia, danzaterapia, dramaterapia, biblioterapia... o como sinónimo de terapia creativa. Así pues, podría nominar un tipo de intervención que utiliza los medios expresivos de modo holístico y coordinado, o bien a la función terapéutica de actividades artísticas concretas.

Existe un uso aún más inespecífico (pero infrecuente) que asigna el término al universo de las variantes de tratamientos psicosociales vehiculados por un tercer elemento, añadido a la interacción cliente-terapeuta o sustituyendo ésta por prácticas de inspiración más o menos esotérica (cristaloterapia, cromoterapia, aromaterapia, posturoterapia, risoterapia... y un nutrido etcétera).

No obstante, en la mayor parte de la bibliografía sobre AT se entiende por tal exclusivamente al tipo de intervención mediada por artes visuales. Este acento sobre lo visual es más claro en el contexto hispanoparlante, a pesar de que en nuestro idioma el vocablo *arte* presenta una múltiple acepción: alude genéricamente a la habilidad para desempeñar actividades que requieran destrezas manuales. Esta inespecificidad procede de la tradición cultural occidental que identificaba *arte y artesanía*. Otro de sus usos expansivos arraiga en la identificación del arte con una operación excepcional que exige dotes creativas extraordinarias: así hablamos del *arte de la música o de la danza*. Pero en nuestro idioma, se suele utilizar términos específicos para aludir a las terapias soportadas por cada uno de estos medios (musicoterapia, danzaterapia...) reservándose AT habitualmente para la intervención mediante artes visuales.

Otro ámbito de ambivalencia es el género. No existe unanimidad respecto a si hablamos de *la* AT o *del* AT. Esta puntualización, que pudiera parecer superflua, no lo es tanto si consideramos que la facultativa asignación de género traduce un énfasis fluctuante entre si AT es hacer arte con funciones terapéuticas o hacer terapia mediada por el arte.

BUSCANDO UNA DEFINICIÓN

En su sentido específico, el término AT designa un conjunto de prácticas clínicas u ocupacionales que utilizan la creación plástica como centro de la triple interacción sujeto-imagen-terapeuta (SCAPT, 1989)¹⁹, o como herramienta de apoyo en las terapias psicodinámicas tradicionales. Esta definición todavía ampliamente inclusiva testifica del diverso grado de imbricación entre expresión plástica y psicoterapia de soporte verbal. Si nos acogemos al pronunciamiento de la Asociación Profesional Británica de Arteterapeutas (SCATP), nos atenderíamos a la definición más purista.

La realidad de las prácticas arteterapéuticas incluye además: la aplicación del arte como instrumento adicional que favorece el acercamiento terapeuta-cliente (así en el modelo *Attachement*, defendido entre otros por P. Cunningham²⁰ –2001–), modalidades de comunicación que utilizan sistemas pictográficos para casos de discapacidad lingüística en el contexto de la psicoterapia tradicional, o actividad lúdico-expresiva orientada por los objetivos de la terapia ocupacional (como se desarrolló originariamente en unidades psiquiátricas hospitalarias para tratar psicóticos, y actualmente se sigue utilizando en centros ambulatorios de Salud Mental).

MODELOS DE INVESTIGACIÓN EN AT: UN DEBATE IRRESUELTO

En 1993 se publicaba un interesante texto recopilatorio que revisaba la evidencia acumulada sobre AT, mostrando a las claras qué abrumadora diversidad de corrientes confluyen en la práctica arteterapéutica. Correspondiente con esta variedad de enfoques, un esfuerzo investigador también metodológicamente diverso. Dentro de ese volumen de sugerente título (“Libro de preguntas sobre las arteterapias: un río, muchos afluentes”, H. Payne,²¹ 1993), un capítulo pone sobre el tapete la cuestión esperada siempre que el arte sube a escena: ¿hasta qué punto las actividades artísticas, orientadas por la finalidad que

¹⁹SCAPT (1989). *Standing Committee of Arts Therapies Professions. Artists and art therapies*. London: Carnegie UK Trust

² CUNNINGHAM, P. (2001). A case study of a maltreated thirteen-year-old boy: using Attachment Theory to inform treatment in a residential program. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18 (5), 335-350.

²¹ H. PAYNE (Ed.) (1993). *Handbook of inquiry in the art therapies: One river, many currents*. Londres: Jessica Kingsley.

fuere, deben doblegarse a los estrictos requerimientos de los instrumentos de investigación científica? Y, en la misma medida, ¿hasta qué punto los diseños metodológicos deben forzar sus condiciones de evidencia para adaptarse a la particular idiosincrasia de lo artístico? La pregunta que nos lanza D. Edwards²² es aún más inquietante y radical: “¿por qué los arteterapeutas no investigan?”

Si bien no es raro encontrar que la reflexión crítica o filosófica sobre arte se instala en cierta confortable irresolución (reivindicando lo indefinible como núcleo de su definición), la práctica artística con función terapéutica asume unos compromisos utilitarios que limitan esa actitud. La pregunta sobre *¿por qué los arteterapeutas no investigan?* en definitiva es pregunta por la legitimidad de extender la pancarta del no cientifismo al territorio terapéutico y, simultáneamente, pregunta por la justificación de someter la experiencia artística a los requisitos de la exploración rigurosa. De ese paralizante dilema circular había que salir.

Pero la salida no iba a ser fácil ni inmediata. A la problemática que rodea a la exploración científica, filosófica y crítica sobre arte, se une la controversia intrínseca a la investigación en ciencias sociales, y la propia ubicación de la práctica arteterapéutica como modalidad psicoterapéutica o como modalidad terapéutica en sí.

Desde que a principios de los 50 empezaron a utilizarse actividades artísticas como herramienta para la mejora personal, fue gestándose la posibilidad de formarse una variante terapéutica propia. Las peculiares características del ejercicio terapéutico basado en el arte plantean un contexto de aplicación sui generis para cuyo análisis, en opinión de algunos, los propios conceptos de “fiabilidad” o “validez” deben ser revisados. No es ésta una posición unánime: se sostiene, por otra parte, que una valoración fiable de la efectividad de la AT sólo puede obtenerse con los instrumentos científicos. Así pues, el debate entre metodologías cualitativas, interpretativas y descriptivas frente a cuantitativas ni se ha cerrado ni parece que vaya a cerrarse a corto plazo.

UNA PANORÁMICA DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE AT EN NIÑOS

Toda búsqueda bibliográfica basada (al menos inicialmente) en bases de datos informáticos presenta evidentes limitaciones: éstas muestran un evidente sesgo hacia lo publicado en lengua inglesa; suelen contener sólo abstracts de artículos procedentes del vaciado de revistas especializadas o resúmenes de libros, lo que remite normalmente a la consulta del documento completo para valorar cuestiones de método del estudio. Seleccionamos las bases bajo el criterio de cantidad y calidad de la documentación contenida, lo que nos ha conducido hacia aquéllas más difundidas, relacionadas con la AT (MEDLINE de información médica; PSYCHINFO de información psicológica; ERIC de información educativa); o bases más restrictivas y específicas: COCHRANE (evidencia científica médica); y lo publicado en español: ISOC (revistas españolas).

²² EDWARDS, D. (1993). Why don't art therapists do research?, en H. Payne (Ed.): *Handbook of inquiry in the art therapies: One river, many currents*, pp. 1-15.. Londres: Jessica Kingsley.

Realizamos dos búsquedas complementarias, con el objeto de diferenciar inicialmente la documentación sobre AT en niños y en adultos. Los historiales de búsqueda fueron:

Palabras clave: Arteterapia / arteterap / terapia del arte + niño / terapia del arte + adulto (o sus equivalentes en inglés)

Intervalo temporal: 1980-2004

Se obtuvieron 636 registros en total. La clasificación siguiente corresponde a los registros referentes a AT en niños, de los cuales resultan válidos 519. La exclusión de más de un centenar se debe a la repetición del mismo documento en distintas bases; asimismo fueron desechados aquellos que contuvieran las palabras clave pero trataran el tema tangencialmente, hicieran del mismo simple mención o refirieran la AT a modalidades artísticas exclusivamente no visuales. Es preciso recordar que el concepto AT en aproximadamente un 15 % de los registros alude a la modalidad terapéutica mediada por cualquiera de los medios artísticos (entendiendo por tales la música, danza, drama, poesía y pintura-escultura) o por varios de ellos actuando integradamente. Aquí hemos considerado sólo los documentos referidos a la AT mediante artes visuales, en independencia o integradas con otros medios expresivos. Excede los objetivos de esta exposición abordar en conjunto las terapias creativas, si bien no perdemos de vista que, especialmente en el trabajo con niños, la efectividad de la intervención requiere a menudo un uso flexible y coordinado de distintas variantes creativas.

Los 519 registros válidos han sido clasificados atendiendo a dos criterios: metodología y objeto del estudio (campo de la intervención arteterapéutica).

Clasificación metodológica

Algunas precisiones terminológicas

- 1.- Teóricos: recopilan, estructuran o interpretan la evidencia ya existente.
- 2.- Técnicos: describen procedimientos, protocolos de tratamiento o recomiendan determinadas aplicaciones (programas, métodos, tácticas), sin avalar sus afirmaciones con nueva evidencia obtenida al efecto.
- 3.- Científicos y pseudocientíficos: aplican el método científico u otras formas de extracción de información clínica para obtener nueva evidencia.

Aquí consideramos dos grandes enfoques metodológicos básicos:

3.1.- Cualitativo. Incluye dos variantes:

3.1.1.- Informes clínicos y estudios de caso: estudios basados en la aplicación del método clínico y la obtención de datos mediante entrevistas, observación –participante, sistemática, etc- o análisis de la práctica clínica.

3.1.2.- Informales: ofrecen información circunstancial y puntual, no validada ni contrastada. Abarcan: descripciones procesuales, avances exploratorios, aproximaciones fenomenológicas, narraciones anecdóticas.

3.2. Cuantitativo. Incluye dos variantes:

3.2.1. Experimentos y cuasiexperimentos. Se trata de estudios hipotético-deductivos, prospectivos, controlados, con extracción de datos en condiciones naturales o –frecuentemente- artificiales, y que suelen evaluar terapias.

Tipos de diseño experimental:

I. Intergrupo: utiliza dos o más grupos independientes de sujetos, aleatoriamente asignados a las condiciones experimentales o de control. Buscan determinar diferencias significativas intercondiciones. Modalidades de diseño:

- I.A. Pretest-posttest con grupo de control
- I.B. Posttest con grupo de control (elimina reactividad al pretest pero arriesga equivalencia)
- I.C. Cuatro grupo Solomon (combina los dos anteriores; evalúa reactividad al pretests).
- I.D. Atención y grupo control, con 6 grupos: 4 Solomon + 1 control + 1 que recibe atención del experimentador (controla expectativas del sujeto)
- I.E. Placebo y control, con 6 grupos: 4 Solomon + 1 control + 1 que recibe tratamiento similar a la condición experimental (controla expectativas del sujeto y participación en experimento).
- I.F. Factorial: 2 o más variables independientes.

II. Intrasujeto: los sujetos experimentales sirven como su propio control. Dos variantes:

- II.A. Diseños para la medida del cambio o seguimiento (pretest-posttest, invertido, series temporales, series temporales equivalentes, línea de base múltiple, criterio cambiante)
- II.B. Diseños para la comparación de tratamientos (diseño °cruzado, diseño de tratamientos múltiples contrabalanceado)

III. De replicación intrasujeto ($N=1$, de sujeto único). Tres variantes:

- III.A. Diseño operante (opuesto reversal y retirada)
- III.B. Línea de base múltiple
- III.C. Comparación de tratamientos simultáneos.

-Cuasiexperimental: similar al experimental, salvo que no existe asignación aleatoria de los sujetos a los grupos experimentales y de control.

3.2.2. Correlacional (también llamado observacional, psicométrico o diferencial): frecuentemente empíricos e inductivos (especialmente en análisis exploratorios), naturales, no controlados, a menudo ex post- facto, con tendencia a grandes tamaños muestrales, y cuya finalidad habitual es diagnóstica o de pronóstico. Dos tipos de diseño:

- A. Comparativos: la variable independiente no es introducida ni controlada por el investigador, sino que aparece naturalmente. Incluye transculturales.
- B. Correlacionales propiamente dichos. Según su finalidad:
 - Descriptivos o de covariación entre variables
 - Predictivos y causales

La **clasificación metodológica de los documentos** obtenidos en nuestra revisión queda como sigue:

(La primera cifra expresa la frecuencia -el número absoluto de registros correspondientes a cada apartado de la clasificación-; la segunda, el porcentaje calculado sobre el total -N=519-).

Teóricos			Técnicos	Científicos y pseudocientíficos							
T. puros	Teorico-técnicos	T./ t-tec educación		Metodologías cualitativas			Metodologías cuantitativas				
74	50	36	47	Método clínico		Estudios informales	Experimentos y cuasiexperimentos			Correlacionales	
				Informes clínicos	Estudios de caso	104 (20 %)	Inter. Grup	Intra sujeto	N=1	Comp..	Correl
				48 (9,2 %)	Múltiple 11		A: 9	A: 15	A: 0	27	A: 17
					N=1 39		B: 0				
					No específica 26		C: 0				
							76 (14,6 %)	D: 0	B: 6		
	E: 0										
160 (30,8 %)			47 (9 %)			14 (2,7%)	21 (4%)	0	27 (5,2%)		
207 (39,9 %)				228 (43,7 %)			84 (16,1 %)				

El evidente predominio de las metodologías cualitativas se puede explicar en el contexto de lo que más adelante se comentará: éstas aportan información fina y detallada, necesaria en la fase de constitución de hechos y, en todo caso, útil como complemento de enfoques menos particularizadores. Lo que sí llama a la reflexión es que, en el conjunto de métodos cualitativos, sobreabundan los aquí clasificados como “informales”, que engloban, como se dijo, narraciones anecdóticas de experiencias, descripciones circunstanciales de procesos, interpretaciones de productos plásticos, etc. Con frecuencia, los documentos de este tipo se presentan como aportaciones iniciales, preparatorias de un terreno cuya exploración más a fondo reclaman.

Clasificación por campo de aplicación

Algunas aclaraciones previas

Los documentos han sido doblemente agrupados, atendiendo al tipo de patología o problema al que se aplica la intervención y atendiendo al criterio de si la producción artística sirve de terapia o para diagnosticar. El apartado “otros” recoge el conjunto de informes que no se refieren a ninguna patología o tipo de intervención en particular: suelen consistir en una revisión de la literatura, análisis teórico o alguna precisión técnica.

Aplicar AT a una enfermedad o trauma físico se refiere a tratar directamente el impacto psicológico de los mismos, aunque pueda indirectamente producir también un beneficio a nivel físico.

		Terapia	Diagnóstico	Otros	Total
Alteración psicológica	Trauma	127 (24,5 %)	23 (4,4%)	6 (1,1%)	156 (30%)
	Trastorno (neurótico, sicótico)	75 (14,4 %)	7 (1,3 %)	4 (0,7 %)	86 (16,6%)
	Discapacidad	34 (6,5%)	3 (0,6%)	6 (1,1%)	43 (8,3%)
	Disfuncionalidad				
Alteración física	Trauma	54 (10,4 %)	7 (1,3 %)	6 (1,1%)	67 (12,9%)
	Enfermedad				
Prevención de riesgos	58 (11,2 %)		6 (1,1 %)	7 (1,3%)	71 (13,7%)
No específica objeto de aplic.	61 (11,8 %)		9 (1,7 %)	16 (3,1 %)	86 (16,6%)
Etapas evolutivas	9 (1,7 %)		1 (0,2 %)	0	10 (1,9 %)
TOTAL	418 (80,5%)		56 (10,8%)	45 (8,6%)	519 (100 %)

Desglosamos ahora la anterior clasificación, presentando el listado completo de los campos de aplicación de las intervenciones arteterapéuticas:

GRUPO	SUBGRUPO	PATOLOGÍA	TER.	DIAG.	OT	S.Tot
Alteración psicológica	Trauma Psicológico	Maltrato emocional/abandono	6	1	1	8 (1,5%)
		Abuso sexual / incesto	50	13	4	67(13%)
		Violencia familiar	5	0	0	5 (1%)
		Hospitalización	12	1	0	13 (2,5%)
		Padres enfermos psiquiátricos	1	0	0	1 (0,2%)
		Duelo-pérdida	18	1	0	19 (3,7 %)
		Inmigrantes/refugiados/minoría étnica	16	0	0	16 (3,1%)
		Drogadicción/alcoholismo en la familia	6	5	0	11 (2,1%)
		Adopción/Acogidos en institución	6	1	1	8 (1,5%)
		Divorcio parental	4	1	0	5 (1%)
		Familiares enfermos de cáncer	2	0	0	2 (0,4%)
		Presos	1	0	0	1 (0,2%)
		Subtotal trauma	127	23	6	156 (30%)
		Enfermedad mental aguda o crónica (inespecífica)	6	0	2	8 (1,5%)
		Tendencia suicidio	0	2	0	2 (0,4%)
		Anorexia/bulimia	6	0	0	6 (1,2%)
		Desórdenes psicosomáticos	2	0	0	2 (0,4%)
		Hiperactividad/déficit concentración	9	2	0	11 (2,1%)
		Ansiedad /desesperación	1	0	0	5 (1%)
		Disturbio emocional / de comportamiento (inespecífico)	19	1	1	21 (4,1%)

	<i>Trastorno</i>	Desorden identidad de género	2	0	1	3 (0,6%)
		Desorden múltiple de personalidad	4	0	0	4 (0,8%)
		Adicción al sexo/ Delincuencia sexual	2	0	0	2 (0,4%)
		Desorden disociativo	5	0	0	5 (1%)
		Narcisismo	2	0	0	2 (0,4%)
		Esquizofrenia	5	1	0	6 (1,2%)
		Psicosis	2	0	0	2 (0,4%)
		Neurosis	3	0	0	3 (0,6%)
		Depresión	2	1	0	3 (0,6%)
		Miedos/fobias	1	0	0	1 (0,2%)
		<i>Subtotal trastorno</i>	<i>75</i>	<i>7</i>	<i>4</i>	<i>86(16,6%)</i>
	Discapacidad Disfuncionalidad	Retraso mental	5	2	4	11 (2,1%)
		Autismo / retraso	9	1	1	11 (2,1%)
		Problemas de aprendizaje/ Inhabilidad cognitiva	12	0	1	13 (2,5%)
		Desórdenes lingüísticos	6	0	0	6 (1,2%)
		Fracaso escolar	2	0	0	2 (0,4%)
		<i>Subtotal discapacidad</i>	<i>34</i>	<i>3</i>	<i>6</i>	<i>43(8,3%)</i>
	<i>Trauma físico</i>	Pruebas diagnósticas	3	1	0	4 (0,8%)
		Trauma (Estrés postraumático)	11	0	1	12 (2,3%)
		Quemaduras / cirugía plástica	2	0	0	2 (0,4%)
		Dolor	2	0	1	3 (0,6%)
		Desastres naturales / Víctimas acontecimiento violento	9	0	0	9 (1,7%)
		Intervención estomatológica	0	1	0	1 (0,2%)
		Embarazo problemático / Parto ptertérmino	3	0	0	3 (0,6%)
		Lesión cerebral / deterioro neurológico	3	0	0	3 (0,6%)
		<i>Subtotal trauma</i>	<i>33</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>37(7,1%)</i>
	Enfermedad física Disfunción	Leucemia / transplante médula	4	2	0	6 (1,2%)
		Fibrosis quística	2	0	0	2 (0,4%)
		Cáncer	4	0	1	5 (1%)
		Epilepsia	1	0	1	2 (0,4%)
		Enfermedad renal	1	0	0	1 (0,2%)
		Diabetes	0	1	0	1 (0,2%)
		Enfermedad ginecológica	1	0	0	1 (0,2%)
		Disfunción sensorial	6	1	2	9 (1,7%)
		Síndrome de Williams / enfermedad Célula de Hoz	1	1	0	2 (0,4%)
		Fase terminal	1	0	0	1 (0,2%)
		<i>Subtotal enfermedad</i>	<i>21</i>	<i>5</i>	<i>4</i>	<i>30(5,8%)</i>
Prevención de riesgos	Prevención de riesgos	Fortalecimiento espiritual	3	0	1	4 (0,8%)
		Reforzar identidad positiva	2	0	0	2 (0,4%)
		Desarrollo cognoscitivo y emocional mediante ed. plástica	11	2	4	17 (3,3%)
		Fortalecimiento relación familiar	11	1	0	12 (2,3%)
		Prevención violencia	3	0	1	4 (0,8%)
		Prevención adicciones	2	0	0	2 (0,4%)
		AT en la escuela	20	0	0	20 (3,9%)

		AT para tratar multiculturalidad En la escuela	6	1	1	8 (1,5%)
		Sobredotación	0	2	0	2 (0,4%)
		<i>Subtotal prevención riesgos</i>	<i>58</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>71(13,7%)</i>
	<i>Inespecífico</i>	Estudio teórico / técnico	45	3	7	55(10,6%)
		Inespecífico / literario /etología	16	6	9	31 (6%)
		<i>Subtotal inespecífico</i>	<i>61</i>	<i>9</i>	<i>16</i>	<i>86(16,6%)</i>
Etapas evolutivas		Geriatría	2	1	0	3 (0,6%)
		Libido / Edipo	4	0	0	4 (0,8%)
		Adolescencia	3	0	0	3 (0,6%)
		<i>Subtotal etapas</i>	<i>9</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>10(1,9%)</i>

Quizá lo que llame más la atención sea la enorme variedad de asuntos en los que interviene la AT. Hemos contabilizado un total de 66, en su mayor parte, problemas de índole psicológica. Podríamos considerar dentro de este grupo las secuelas psicológicas de traumas o enfermedades físicas; pero, si bien algunos autores analizan o muestran los beneficios psicosomáticos de la acción arteterapéutica, no todos se plantean la repercusión fisiológica de la misma.

Comentamos ahora algunas cuestiones que nos sugieren estos datos.

LA ORIENTACIÓN CUANTITATIVA

En nuestra revisión bibliográfica de la investigación sobre AT en las dos últimas décadas, encontramos que sólo el 16.1 % de los documentos informaba estudios que adoptaron modelos cuantitativos, bien como estudios correlacionales, psicométricos u observacionales a pequeña o gran escala (un 9.4 %), bien como experimentos o cuasiexperimentos (6.7 %). Por ilustrar con un ejemplo la problemática de este enfoque, sirva el trabajo de E. J. Saunders²³ (2000), metodológicamente consistente con el de L.R. Burleigh y L.E. Beutler²⁴(1997). Se propone probar la eficacia de un programa arteterapéutico aplicado durante tres años en un centro privado de Servicios Humanos, en Iowa. Para evaluarlo, utiliza el diseño pretest-posttest recabando información acerca del tipo de problemas que presentaban los 94 sujetos sometidos al programa, y sobre la frecuencia y severidad de su sintomatología conductual. En cuanto a los problemas, los más comunes eran: violencia familiar, divorcio, drogadicción o alcoholismo parental, abuso sexual e inadaptación escolar. La sintomatología más frecuente derivada de ellos: estrés, temores inusuales, actitud desafiante o agresiva, hiperactividad, anorexia-bulimia, baja autoestima y falta de motivación.

²³ SAUNDERS, E.J.; SAUNDERS, J.A. (2000). Evaluating the effectiveness of Art Therapy though a quantitative, outcomes-focused study, *The Arts in Psychotherapy*, 27 (2), 99-106.

²⁴ BURLEIGH, L.R.; BEUTLER, L.E. (1997). A critical analysis of two creative arts therapies, *The Arts in Psychotherapy*, 23 (5), 375-381.

La evaluación del programa trabajaba sobre la hipótesis de alcanzar un cambio estadísticamente significativo y positivo en los indicadores que identifican la relación terapeuta-cliente y en la sintomatología, medidos ambos con aplicación de tests. En cuanto a los resultados: *“debemos concluir que el programa arteterapéutico produjo un impacto significativamente positivo en las vidas de los clientes y sus familias. Los clientes se relacionaron más claramente con los terapeutas al final de su tratamiento que en el comienzo. Los clientes también mostraron un significativo descenso en la frecuencia y severidad de sus conductas informadas...”*²⁵.

No obstante, la validez de estos resultados se ve amenazada por varios hechos: el reclutamiento de sujetos de la muestra no ha sido aleatorio ni existe grupo control; la propia historia de los sujetos en interacción con su implícita voluntad de curación (puesto que voluntariamente accedieron a un centro terapéutico privado) incidiría en el resultado, y no se asegura el cegamiento del evaluador. Con ello venimos a indicar esta cuestión: de ese 16.1 % de registros obtenidos en bases de datos bibliográficas, seleccionamos por el procedimiento del muestreo aleatorio simple, una muestra de n= 10. Fueron consultados los documentos completos correspondientes a estos 10 registros. De nuestra extracción, sólo un estudio -experimental- especificaba adecuadamente el método de aleatorización en el reclutamiento y en la asignación de sujetos al grupo experimental o al control, si bien los participantes en el control eran voluntarios y no se consideró el impacto del abandono diferencial entre el control y el experimental.

Que sólo uno cumpliera los requisitos básicos de consistencia metodológica concuerda con lo encontrado en la revisión efectuada por R. Ruddy²⁶ (2003) para Cochrane: de 57 estudios sobre AT y esquizofrenia, sólo dos fueron considerados válidos y relativamente fiables, aunque no relevantes.

Carecemos de datos indirectos sobre la varianza de nuestra población de referencia (los 84 estudios cuantitativos hallados sobre AT en la última década), por lo que ha sido imposible calcular el sesgo. Quede, pues, esta observación como una aproximación estimativa.

Si decidiéramos tener en cuenta esta estimación, tendríamos que sólo un 10 % de los estudios cuantitativos aportan auténtica evidencia, y si éstos conforman el 16.1 % del conjunto de la investigación, tenemos que, con referencia a esta totalidad, sólo un 1.6 % ofrece información válida y fiable. Pero, esta cuestión de la fiabilidad... ¿es realmente importante?

²⁵ SAUNDERS, E.J.; SAUNDERS, J.A. Op. cit., 104-105.

²⁶ RUDDY, R.; MILNES, D. (2003). Arteterapia para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia (Translated Cochrane Review), en: *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software.

El problema de la evidencia en AT

Si nos proponemos revisar la evidencia científica sobre AT encontramos algunos problemas. Es sabido que las bases de datos bibliográficas no incluyen aproximadamente más que la mitad de la literatura científica mundial, y contienen preferentemente la procedente del ámbito anglosajón. Es ésta una doble limitación que indica que accedemos a una parte de la evidencia disponible, que, decimos, es sólo una parte de la literatura científica y ésta sólo una parte de la evidencia obtenida (puesto que no todos los resultados de la investigación se publican).

Además: lo editado puede no alcanzar el grado exigible en cuanto a pertinencia y significación. Con frecuencia los investigadores no describen claramente la metodología empleada, por lo que resulta imposible averiguar si la información ofrecida aporta auténtica evidencia.

La necesidad de conocer la eficacia medida de la AT impone filtrar la información disponible en base a su potencia probatoria. Para ofrecer a los investigadores resultados válidos y fiables sobre los efectos de la atención sanitaria fue creada la Cochrane Library Plus. Esta base ofrece revisiones sistemáticas completas de la información disponible en todas las bases de datos sobre bibliografía científica médica, consultando asimismo publicaciones (orientando frecuentemente la búsqueda a partir de las referencias bibliográficas reseñadas en los informes revisados), y solicitando el asesoramiento de expertos en cada área científica para valorar la relevancia. Esta labor de filtraje pone a disposición de los investigadores aquella información científica pertinente. Es posible acceder a este tipo de documentación traducida al español a través de una interfaz dependiente de la C.L.: Update Software ha realizado una edición de la C.L. en español coordinada por Infoglobal Suport.

Dado que la AT es una modalidad de atención sanitaria, y que la C.L. ofrece revisiones sobre documentación de la misma, vimos que consultar a esta base era una vía para acceder a la evidencia existente sobre la eficacia de la intervención arteterapéutica. Pero nuestra aspiración se vio limitada por el hecho de que la Cochrane hasta ahora sólo ha revisado informes sobre AT en el tratamiento de la esquizofrenia. En el conjunto de documentos sobre AT en las dos últimas décadas, constatamos que la esquizofrenia es tratada específicamente por sólo un 1.2 % de los estudios. Esto restringe la aportación de la mencionada base a la clarificación de nuestro problema.

Centrándonos ahora en la AT en relación a la esquizofrenia, y estableciendo un nivel de relevancia del 40 %, no se encontró ningún informe que, a juicio de sus revisores, cumpliera las condiciones de validez y fiabilidad. Reiniciando la búsqueda, esta vez bajando el nivel al 10 %, seguía sin aparecer ningún estudio que cumpliera tales requisitos. Con un nivel de relevancia del 0%, en la revisión realizada por R. Ruddy aparecen dos estudios (Green²⁷, 1987, Richardson²⁸, 2002). Inicialmente fueron identificados 57

²⁷ GREEN, B.L.; WEHLIGN, C.; TALSKY, G.J.(1987). Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients, *Hospital and Community Psychiatry*, 38 (9), 988-91.

informes de los cuales sólo estos dos cumplieron los criterios de selección: informar ensayos controlados con grupos aleatorizados, que compararan intervención arteterapéutica con atención estándar sola (hospitalización eventual, medicación) o atención estándar más algún tratamiento psicosocial.

Ahora bien: a pesar de haber sido los dos únicos estudios elegidos, los revisores detectan en ellos deficiencias metodológicas que impiden que sus resultados puedan ser considerados concluyentes. En las conclusiones de R. Ruddy aparece la siguiente recomendación para la práctica clínica: *“Si la arteterapia está disponible para personas con esquizofrenia, su uso solamente se puede considerar como experimental, ... Existen algunas pruebas que sugieren que la arteterapia puede tener más valor que la atención estándar sola para mantener a las personas comprometidas con los servicios. No está claro si la arteterapia puede mejorar el estado mental, las relaciones interpersonales o las redes sociales y no hay datos disponibles para resultados tales como la calidad de vida o la satisfacción con la atención”*²⁹

En suma: basándonos en los datos proporcionados por Cochrane a fecha de noviembre 2003, sólo existe una revisión sistemática de estudios sobre AT, en este caso aplicada a la esquizofrenia y otras psicosis. Tal revisión (Ruddy, 2003) arroja como conclusión que sólo dos informes aportan cierta evidencia sobre el problema abordado, pero ambos presentan suficientes deficiencias metodológicas como para impedir que sus resultados puedan ser considerados concluyentes.

LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

En líneas generales, la AT ha participado del mismo giro que ha perpetrado la investigación sobre psicoterapia, desde un predominio de estudios cuantitativos focalizados en el resultado, hacia análisis cualitativos de contextos particulares, con énfasis en el proceso.

Dominan las dos últimas décadas de investigación sobre AT los microanálisis intensivos a partir de un escaso número de episodios relevantes. Esta orientación ha proporcionado minuciosas descripciones de los elementos, interacciones y cambios que operan en el proceso arteterapéutico.

Destacan sus defensores que tales análisis detallados permiten, además, contrastar permanentemente con la observación de la realidad las teorías que el investigador sustenta. Esa insistente llamada a la revisión hecha a los marcos teóricos (la “construcción de teorías

²⁸ RICHARDSON, H. (2002). *Art therapy as an adjunctive treatment in severe mental illness: a randomised controlled evaluation*, National Research Register.

²⁹ RUDDY, R.; MILNES, D. (2003). Op. cit, 12.

en la observación”, a decir de B. Ball³⁰, 2002) parece indicar que la fase de constitución de hechos no está todavía suficientemente consolidada. Es una opinión ya expresada por Greenberg, reivindicando el valor de los estudios cualitativos y descriptivos, cuando afirma: “*no deberíamos apresurarnos a recurrir a nuestras teorías cuando nos preguntamos qué sostiene la acción terapéutica... deberíamos volver al proceso terapéutico en sí mismo para descubrir qué cambia actualmente y cómo ocurre esto*”³¹.

También J. D. Safran y J. C. Muran³² (1994) declaran la necesidad de documentar más cuidadosamente lo que realmente sucede en las sesiones arteterapéuticas, y señalan a la investigación microanalítica como la que aporta, en estos momentos, un marco de progreso más útil y valioso para esta disciplina. En la misma línea, Elliot & Morrow-Bradley³³, 1994, Rhodes y Greenberg³⁴, 1994, Reynolds, Nabors & Quinlan³⁵, 2001 y un amplio conjunto de aportaciones que trazan lo que parece ha sido el sentir de la última década.

En consecuencia encontramos, al consultar la bibliografía reciente, una abrumadora mayoría de estudios cualitativos, desde informes clínicos y estudios de caso, hasta narraciones anecdóticas y descripciones informales, incluyendo interpretaciones –de variada inspiración– de los significados atribuidos a los procesos productivos. Todo ello, a partir de las manifestaciones plástica y verbal del sujeto.

Pero esta apertura a la indagación interpretativa aparece acorde con la inspiración psicoanalítica que sustenta muchas de estas aproximaciones. El autor del *Psicoanálisis del arte* sigue proyectando su sombra, directa o indirectamente a través de sus seguidores

³⁰ BALL, B. (2002): Moments of change in the art therapy process, *The Arts in Psychotherapy*, 29, 79-92.

³¹ GREENBERG, L.S. (1994). The investigation of change: Its measurement and explanation. En R. L. Russell (Ed.). *Reassessing psychotherapy research*. Nueva York: The Guilford Press, pp. 114-143; citado por B. Ball, 2002, 80.

³² SAFRAN, J.D.; MURAN, J.C. (1994). Toward a working alliance between research and practice. En P. Forrester, H.H. Stupp & S.F. Butler (Eds.). *Psychotherapy research and practice*, pp. 245-254. Nueva York: Basic Books.

³³ ELLIOT, R.; MORROW-BRADLEY, C. (1994). Developing a working marriage between psychotherapists and psychotherapy researchers: Identifying shared purposes. En P. Forrester, H. H. Strupp; S. E. Butler (Eds.). *Psychotherapy research and practice*, pp. 124-142. Nueva York: Basic Books.

³⁴ RHODES, R.; GREENBERG, L. (1994). Investigating the process of change: Clinical applications of process research. En P. Forrester, H.H. Stupp & S.F. Butler (Eds.). *Psychotherapy research and practice*, pp. 227-245. Nueva York: Basic Books.

³⁵ REYNOLDS, M.; NABORS, L.; QUINLAN, A. (2001). The effectiveness of art therapy: Does it work?. *Art Therapy*, 18 (1), 207-212.

Daniel E. Schneider³⁶ y Carl G. Jung³⁷, en la teoría y la práctica arteterapéutica, como un reciente estudio de Elissa Bromberg (2004)³⁸ ha venido a mostrar. Refiriéndose al tratamiento arteterapéutico del cáncer en adultos, el estudio prospectivo correlacional de Bromberg evidencia que los enfoques teóricos adoptados, por orden de frecuencia, son los siguientes: “*el más difundido, por su adecuación, en el tratamiento mediante AT de pacientes cancerosos es el gestalt (43 %), seguido del cognitivo-comportamental (40 %) y el psicoanalítico (40 %), el junguiano (37 %), la psicología del ego (31 %), psicología del desarrollo (26 %) y otros (17 %).*”³⁹

Sin embargo, este enfoque es menudo criticado de falta de objetividad e incapacidad para ofrecer evidencia generalizable. Esto ha llevado algunos investigadores a afinar sus instrumentos metodológicos, afrontando el dilema entre rigor científico y fidelidad a la especificidad de la intervención arteterapéutica.

B. Ball⁴⁰ (2002), por ejemplo, ha combinado una meticulosa toma de información mediante observación participante con la creación de un sistema codificado de registros y categorías teóricas que estructuran y articulan la información. Por este procedimiento, descubre que lo observado puede expresarse como coordenadas de una red que relaciona dos ejes: focos de interacción y modos de interacción. El foco de interacción arteterapéutica suele recaer sobre el producto o el proceso artístico, y de ahí deriva hacia una focalización en el propio cliente, en la relación cliente-terapeuta o en elementos exteriores, incluido el propio observador. La combinatoria entre estos focos y los modos de interacción ofrece una estructura conceptual útil para categorizar las complejas relaciones que se tejen en los procesos arteterapéuticos. Sirva este ejemplo para ilustrar el esfuerzo que últimamente se invierte, desde la investigación cualitativa, para reducir algunos de sus conocidos inconvenientes.

³⁶ SCHNEIDER, D.E. (1974). *El psicoanalista y el artista*. Madrid: Fondo de Cultura Económica. En esta su obra esencial plantea la reciprocidad de la relación psicoanálisis-arte en definición circular: en definitiva, el Edipo de Freud deriva del Edipo de Sófocles, al tiempo que el análisis freudiano sobredimensiona el valor simbólico atribuido al Moisés de Miguel Ángel, y en la medida en que la interpretación continúa el momento creativo, el análisis se inmiscuye y participa activamente en el ámbito de nueva realidad que es la obra.

³⁷ JUNG, C.G. (1981). *El hombre y sus símbolos*. Barcelona: Biblioteca Universal Caralt. De la producción de Jung, seleccionamos esta obra como la más clarificadora de procesos de construcción metafórica con valor terapéutico.

³⁸ BROMBERG, E.: *Art therapy survey results*, en <http://hometown.aol.com/veenacava/myhomepage>. Fecha de consulta: 1-05-2004.

³⁹ Ídem, 4.

⁴⁰ BALL, B. (2002). Op. cit., 79-92.

¿CONCLUSIÓN?

Comenzábamos diciendo que la impresión que produce un primer acercamiento al mundo de la AT probablemente sea de confusión. Este rápido vistazo a la panorámica de la investigación en las dos últimas décadas tal vez no haya reducido esa impresión, puede que incluso la acentúe. Numerosísimos campos de aplicación; bastantes estudios centrados en el proceso, pocos, en el resultado; muchas preguntas, escasas respuestas. Tampoco es esto algo que deba necesariamente incomodarnos. Después de todo, el mundo del arte nos tiene acostumbrados a cierta ambigüedad e irresolución. Y la AT, en alguna medida -también por definir-, es experiencia artística. O digámoslo sin ambigüedad: *es arte*.

BIBLIOGRAFÍA

- BALL, B. (2002). Moments of change in the art therapy process. *The Arts in Psychotherapy*, 29, 79-92.
- BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. (1992). *Qualitative research for education*. Boston, MA: Allyn And Bacon.
- BROMBERG, E.: *Art therapy survey results*.
En <http://hometown.aol.com/veenacava/myhomepage>
- BURLEIGH, L.R.; BEUTLER, L.E. (1997). A critical analysis of two creative arts therapies. *The Arts in Psychotherapy*, 23 (5), 375-381.
- COFFEY, A.; ATKINSON, P. (1996). *Making sense of qualitative data*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- CUNNINGHAM, P. (2001). A case study of a maltreated thirteen-year-old boy: using Attachment Theory to inform treatment in a residential program. *Child and Adolescent Social Work Journal*, v. 18 (5), 335-350.
- EDWARDS, D. (1993). Why don't art therapists do research?, en H. Payne (Ed.): *Handbook of inquiry in the art therapies: One river, many currents*, pp. 1-15. Londres: Jessica Kingsley.
- ELLIOT, R.; MORROW-BRADLEY, C. (1994). Developing a working marriage between psychotherapists and psychotherapy researchers: Identifying shared purposes. En P. Forrest, H. H. Strupp; S. E. Butler (Eds.): *Psychotherapy research and practice*, pp. 124-142. Nueva York: Basic Books.

- GREEN, B.L.; WEHLIGN, C.; TALSKY, G.J. (1987). Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 38 (9), 988-91.
- GREENBERG, L.S. (1994). The investigation of change: Its measurement and explanation. En R. L. Russell (Ed.). *Reassessing psychotherapy research*, pp. 114-143. Nueva York: The Guilford Press.
- JUNGE, M.B.; LINESCH, D. (1993). Our own voices: New paradigms for art therapy research, *The Arts in Psychotherapy*, 20, 61-67.
- MALES, J. (1980). Art Therapy: Investigations and implications. *Inscape: The Journal of the British Association of Art Therapists*, 4 (2), 13-15.
- PAYNE, H. (Ed.) (1993). *Handbook of inquiry in the art therapies: One river, many currents*. Londres: Jessica Kingsley.
- POLITSKY, R. H. (1995). Toward a typology of research in the creative arts therapies. *The Arts in Psychotherapy*, 22 (4), 307-314.
- REYNOLDS, M.; NABORS, L.; QUINLAN, A. (2001). The effectiveness of art therapy: Does it work?. *Art Therapy*, 18 (1), 207-212.
- RHODES, R.; GREENBERG, L. (1994). Investigating the process of change: Clinical applications of process research. En P. Forrret, H.H. Stupp & S.F. Butler (Eds.): *Psychotherapy research an practice*. Pp. 227-245. Nueva York: Basic Books.
- RICHARDSON, H. (2002). *Art therapy as an adjunctive treatment in severe mental illness: a randomised controlled evaluation*. National Research Register.
- ROSAL, M.L. (1993). Comparative group art therapy research to evaluate changes in locus of control in behavior disordered children. *The Arts in Psychotherapy*, 20, 231-241.
- RUDDY, R.; MILNES, D. (2003). Arteterapia para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia (Traslated Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software.
- SAFRAN, J.D.; MURAN, J.C. (1994). Toward a working alliance between research and practice. En P. Forrret, H.H. Stupp & S.F. Butler (Eds.): *Psychotherapy research an practice*, pp. 245-254. Nueva York: Basic Books.
- SAUNDERS, E.J.; SAUNDERS, J.A. (2000). Evaluating the effectiveness of Art Therapy though a quantitative, outcomes-focused stude. *The Arts in Psychotherapy*, 27(2), 99-106.
- SCATP (1989). *Standing Committee of Arts Therapies Proffesions. Artists and art therapies*. London: Carnegie UK Trust
- SPANIOL, S. (1998). Towards an ethnographic approach to art therapy research: People with psychiatric disability as collaborators, *Art Therapy*, 15 (1), 29-37.

EL ARTETERAPIA EN LA ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA DE NIÑOS HOSPITALIZADOS

Maite Gata Amaya

Resumen

Los niños que se hallan hospitalizados frecuentemente o durante mucho tiempo tienen que afrontar tanto una alteración de su ritmo académico como el impacto emocional que produce la hospitalización, al margen de las demandas que genera su propia enfermedad. Las aulas hospitalarias se han creado para cubrir estas necesidades y proporcionar atención educativa al alumnado hospitalizado, de acuerdo con su situación específica y poder continuar con el desarrollo normal de sus actividades escolares, sin experimentar ningún retroceso en su trabajo académico. Además de las necesidades educativas, las aulas hospitalarias permiten una mayor integración del niño en el entorno del hospital.

En este capítulo queremos poner de relieve como el Arteterapia puede ser una modalidad de intervención adecuada para que el niño exprese su angustia, controle sus reacciones emocionales negativas y de este modo, el impacto que produce la experiencia de la hospitalización sea menor.

UNA PRIMERA APROXIMACIÓN AL TEMA: CREACIÓN DE AULAS HOSPITALARIAS

Desde los años 50 existen evidencias científicas sobre los efectos adversos de la hospitalización en los niños (Robertson, 1958), habiéndose publicado a lo largo de estos años, recomendaciones que intentan evitar o reducir las consecuencias indeseables de la misma (Garfunkel y Evans, 1986; Plank, 1966; Geist, 1976; Holly, 1981; Petrillo y Sangres, 1980; Tomphson y Vernon, 1993; Bonn, 1994).

La necesidad de prestar una ayuda especial a los niños hospitalizados se recoge desde 1986 en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas donde se publicó la *Carta Europea de los niños hospitalizados* (European Parliament, 1986), en la que se proclamaban 23 derechos relativos a: limitación del ingreso a los casos imprescindibles, recibir información sobre la enfermedad, respeto a la privacidad, rechazo a ser objeto de tratamientos o procedimientos con fines no terapéuticos o inútiles, proseguir en la medida de lo posible con las actividades propias de su edad, continuación de la formación escolar durante la permanencia en el hospital, beneficiándose de las enseñanzas de los maestros y

del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, tener el apoyo de los familiares o de otras personas de su entorno, y recibir todos los cuidados necesarios.

Posteriormente, la Comisión de Hospitales de la Comunidad Económica Europea (1987) presentó unas recomendaciones prácticas para padres, cuidadores, autoridades hospitalarias y personal sanitario, con el objeto de aumentar el bienestar del niño hospitalizado y reducir su ansiedad, cumpliendo los derechos establecidos en la Carta. En ellos se asumía que la hospitalización de un niño es un acontecimiento especial, que requiere cuidados específicos, ya que supone para el niño una experiencia totalmente nueva de enfermedad y dolor en su propio cuerpo, una separación de sus seres más queridos y del entorno tranquilizante de su hogar, y todo ello teniendo en cuenta que se trata de personas con pautas de pensamiento y comportamiento principalmente de orientación emocional y con una capacidad limitada para comunicarse en un entorno nuevo.

En España en 1981, el Instituto Nacional de la Salud envió una circular a sus hospitales, relativa a *“Normas sobre la Hospitalización Pediátrica en los Centros de la Seguridad Social”*, donde se reconocía la necesidad de dotar adecuadamente las áreas de hospitalización pediátrica, con los recursos humanos y materiales que minimicen la detención en su formación y desarrollo intelectual, por la separación que la hospitalización conlleva de la escuela y propicien las actividades complementarias de los juegos. De todos modos, estos objetivos no se han visto plenamente alcanzados. Por ejemplo, en un análisis del cuidado de los niños hospitalizados en la comunidad valenciana se encontró que, de los 18 hospitales públicos analizados, sólo en 7 existía personal de apoyo, tratándose de un maestro en 6 de estas unidades, mientras que únicamente en uno se podía disponer de alguna persona que asumiera el papel de los padres en los casos de ausencia permanente de los mismos. Dos disponían de un programa educativo, en 4 había programa lúdico, y en 5 programa psicológico para atender a las necesidades básicas del niño hospitalizado (Casanova, Fraga, Manzano, Ortín, López, Sancho, López, Navarré y Blasco, 1998).

La Ley 13/1982, de 7 de Abril, sobre la Integración Social de los Minusválidos, en su artículo 29 expone que todos los hospitales, tanto infantiles como de rehabilitación, además de aquéllos que tengan servicios pediátricos permanentes, sean de la Administración del Estado o de los Organismos Autónomos de ella dependientes, de la Seguridad Social de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales, así como hospitales privados, que regularmente ocupen cuando menos la mitad de sus camas, con enfermos cuya estancia y atención sanitaria sean abonados con cargo a recursos públicos, tendrán que contar con una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar internados en dichos hospitales. Por su parte, la Ley 14/1986, de 25 de Abril, de la Sanidad, y la Ley 1/1990 de 3 de Octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), establecen un marco de colaboración entre los sectores sanitarios y educativo para el normal desarrollo del proceso educativo de los alumnos y alumnas en edad escolar internados en los hospitales, concretamente en el artículo 63.1 de la LOGSE se recoge que los poderes públicos desarrollarán las acciones de carácter compensatorio en relación con las personas, grupos y ámbitos territoriales que se encuentren en situaciones desfavorables y proveerán los recursos económicos para ello, con el fin de hacer efectivo el principio de igualdad en el ejercicio del derecho a la educación. Se concreta de esta forma también lo establecido en el artículo primero de la Ley Orgánica Reguladora del Derecho a la Educación (LODE) con respecto a que “todos los españoles

tienen derecho a una educación básica que les permita el desarrollo de su propia personalidad y la realización de una actividad útil a la sociedad”. Como podemos comprobar tanto la LOGSE, como previamente la ley de Integración Social del año 82, constituyen los pilares legislativos en los cuales se basa la Pedagogía Hospitalaria. Un marco legal que defiende la educación en centros sanitarios para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo.

Bajo todos estos supuestos, diversos hospitales abordaron la creación de aulas hospitalarias para atender sus necesidades educativas especiales. Estas aulas se caracterizan por la flexibilidad y adaptación a las demandas del alumnado hospitalizado donde se tienen en cuenta todas las circunstancias que lo rodean: angustia, ansiedad, desmotivación, aburrimiento, etc.

Aquellos niños y niñas que durante un periodo de tiempo, más o menos largo, sufren diversos trastornos físicos, enfermedades, operaciones, son los destinatarios de una atención educativa la cual, en la medida de las circunstancias individuales, debe mantener los principios pedagógicos comunes a la etapa de referencia. Es una de las premisas en las que se basa cualquier actuación educativa, más, si cabe, en este contexto. El carácter más acentuado de la individualización de la enseñanza y la atención a la diversidad toca de lleno a estos alumnos. En este sentido, se les debe ofrecer con las máximas garantías una formación similar a la de sus coetáneos. Los objetivos, la metodología y las actividades en estas aulas tienen entidad propia lo que no se ha de confundir con pedagogías paternalistas o pedagogías de entretenimiento. Debe primar la educación formativa y no la meramente asistencial.

No podemos olvidar que la situación en la que se produce el proceso de Enseñanza/Aprendizaje no es la más propicia. Un ambiente anormal en el que se debe de infundir un carácter lo más normalizado posible, donde alumnado, familia, docentes y Arteterapeutas están más expuestos a influjos emocionales que en el contexto formal y a imprevistos difíciles de canalizar.

Los principales objetivos de estas aulas son proporcionar atención educativa al alumnado hospitalizado, de acuerdo con su situación específica y poder continuar con el desarrollo normal de sus actividades escolares, sin experimentar ningún retroceso en su trabajo académico; apoyarlo intelectual y emocionalmente; prevenir sentimientos de aislamiento y separación de su vida normal diaria y favorecer, a través de un clima de participación e interacción, la integración socioafectiva de las niñas y niños hospitalizados.

En este capítulo pretendemos analizar si estas funciones podrían verse reforzadas por el arteterapia, sobre todo en lo correspondiente a la disminución de la ansiedad que representa la propia hospitalización y la expresión saludable de sus miedos y sentimientos.

FINALIDAD PRINCIPAL DE LAS AULAS HOSPITALARIAS

Si bien el objetivo de las aulas hospitalarias es la integración escolar del niño/a en el centro escolar de referencia, éstas no siempre lo consiguen por la desconexión existente con dicho centro. Algunas experiencias parten de la hipótesis de que aunque el sujeto dispone ya de una atención educativa especial, a través de la asistencia educativa en el hospital y en

el hogar, sin embargo no tiene éxito escolar al reincorporarse a la escuela debido al aislamiento y falta de comunicación con los iguales de su clase. Para evitar el aislamiento, sin tener que renunciar a que el niño tenga que permanecer incomunicado por el peligro de contraer infecciones, se han desarrollado algunos programas cuyo objetivo es convertir el aula hospitalaria en parte integrante de la escuela del niño/a mediante el «transporte virtual». Se crea un espacio virtual el cual incluye los dos espacios reales (aula hospitalaria y aula de la escuela) aprovechando las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías. Un ejemplo de estas experiencias nos la comenta la Dr. Grau (2000), se trata de una colaboración establecida entre Telefónica y el Ministerio de Educación y Cultura denominada «Teleeducación en aulas hospitalarias», su finalidad es aportar las herramientas técnicas, formativas y organizativas necesarias para configurar un espacio de aprendizaje, comunicación y apoyo al alumnado de las aulas hospitalarias como medio para superar barreras y romper su aislamiento. Para ello se prevé llevar a cabo las acciones que a continuación se exponen:

- Crear un espacio electrónico, materializado sobre Internet y RDSI e integrado con el mundo educativo, dotando a las aulas hospitalarias con el equipo técnico oportuno.
- Formar al alumnado, a través de equipos docentes, profesorado y padres en las herramientas de intercomunicación personal y acceso al conocimiento.
- Implantar una red de apoyo que potencie la comunicación de los alumnos con su entorno habitual (compañeros de colegio, profesorado, familia).
- Realizar actividades formativas y recreativas utilizando la red de apoyo.

MÁS ALLÁ DE LA MEDICINA Y DE LAS CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN: LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

La mejora del nivel de vida en Europa en los años 60, hizo que una vez conseguida la universalización de la cobertura sanitaria y una importante mejora de los medios de diagnóstico y tratamiento, la sociedad se empezara a plantear y demandar una mayor humanización de la medicina y de los hospitales.

Para un niño y un adolescente ¿qué supone esta humanización? Pues sobre todo, estar próximo a sus padres, ser tratado con cariño y respeto por todos los profesionales sanitarios. Pero, al mismo tiempo, poder continuar con un ritmo de vida lo más normalizado posible. Por ello, la atención educativa es básica, además de prevenir los desfases educativos, puede ayudar a través del Arteterapia a que los niños se conviertan en parte activa de su proceso de curación, así como a superar mediante las actividades lúdicas y socializadoras la ansiedad y la angustia que la enfermedad y la hospitalización conllevan.

La atención psicopedagógica se propone ayudar al enfermo para que, inmerso en la situación crítica que atraviesa, pueda seguir desarrollándose en todas sus dimensiones personales, con la mayor normalidad posible, como comentábamos con anterioridad. Precisamente, la Pedagogía Hospitalaria ha sabido aprovechar cualquier experiencia por dolorosa que pueda parecer, para enriquecer a quien la padece.

Desde esta perspectiva, se le ha de otorgar máxima prioridad a la situación presente del educando (el niño hospitalizado), es decir, lo que importa es el aquí y el ahora para la vida del niño/a. Esto no es motivo para renunciar a los contenidos específicos de la *enseñanza normalizada* pero se han de flexibilizar y agilizar de manera que dichos contenidos se acomoden al estado biopsicológico y social del menor. González-Simancas y Polaino-Lorente (1990:74) enfatizan este aspecto «... la *Pedagogía Hospitalaria* se *vertebra según un eje en el que ha de integrarse la experiencia hospitalaria de cada día, con todo lo que ésta tiene de enriquecimiento acumulativo y de sorpresas improgramables e impredecibles, mientras que sólo integra aquellas definiciones, fórmulas y contenidos que pueden ser naturalmente asimilados por el niño, dadas sus características clínicas, psicológicas y personales*».

¿QUÉ ES Y PARA QUÉ SIRVE EL ARTETERAPIA?

El Arteterapia (o también terapia a través del arte) es una modalidad de intervención de carácter interdisciplinario que procede de las tradiciones psicoanalíticas y psicodinámicas de Freud y Jung (Junge y Asawa, 1994) y se basa en la interacción de arte, creatividad y psicoterapia (Lusenbrick, 1994). Actualmente, algunos de los paradigmas del Arteterapia están basados en diferentes escuelas psicológicas, siendo las principales la psicodinámica, la humanista y la cognitivo-comportamental evolutiva (Rubin, 1987).

El Arteterapia utiliza diferentes medios artísticos (papel, rotuladores, lápices de colores, material para collages...) para ayudar a las personas a expresar sus pensamientos, sentimientos y experiencias. La creación artística le proporciona a la persona un vehículo para la autoexpresión, la comunicación y el crecimiento (Franklin, 1992). Tanto el producto como las referencias asociadas pueden utilizarse por el terapeuta en su esfuerzo por ayudar al cliente a encontrar una relación más compatible entre su propio interior y el mundo exterior. Los procesos, formas, contenidos y/o asociaciones se convierten en importantes porque cada uno refleja el desarrollo y los rasgos de la personalidad, la conducta consciente y las motivaciones no conscientes (Kramer, 1979).

Esta disciplina sería la modalidad de elección para ayudar a niños y adultos que tienen dificultades para verbalizar sus sentimientos y reconocerlos, debido a su edad, grado de desarrollo, falta de confianza, miedo a reconocer lo desconocido o por padecer alguna enfermedad mental (Riley, 1987; Rubin, 1986).

En el campo de la salud, el Arteterapia se ha venido utilizando en niños con diferentes afecciones médicas como en la fibrosis quística (Fenton, 2000) o la diabetes (Raghuraman, 2000) para mejorar el afrontamiento de su enfermedad al disminuir la soledad, mejorar las habilidades sociales, aumentar la confianza al expresarse de modo gráfico y verbal, ayudar a expresar e integrar las emociones evocadas por la enfermedad crónica o disminuir la ansiedad. En otra investigación, de carácter psicoanalista, se analizan los mecanismos de defensa, las estrategias de afrontamiento y las reacciones de tensión emocional que produce la situación de esperar un trasplante de medula espinal (Günter, 2000).

El Arteterapia también puede ser de ayuda para evaluar las percepciones y necesidades de los niños sobre su enfermedad. Chesson, Good y Hart (2002) utilizaron el Arteterapia para examinar cómo percibían los niños la experiencia de ser sometidos a rayos X. En este trabajo se ponía de manifiesto la exactitud de los dibujos de los niños de la sala de rayos X, a pesar del escaso tiempo que pasaban en ella, poniendo de manifiesto el impacto que este momento les producía. A través de los dibujos se pudo trabajar los miedos y las falsas expectativas acerca del funcionamiento de las exploraciones médicas.

En otro trabajo, Broome, Maikler, Kelber, Bailey y Lea (2001) examinan la eficacia del Arteterapia para mejorar el afrontamiento de niños y adolescentes en el dolor asociado a la anemia de células falciformes, comparándolo con la relajación y con el control de la atención. En el periodo de seguimiento se constató que las estrategias generales no se habían incrementado, pero en cambio sí lo habían hecho las estrategias dirigidas específicamente a la intervención. Además, hubo una disminución en las visitas al médico, el número de hospitalizaciones y las visitas a urgencias por parte de estos pacientes.

A través de estas experiencias, el Arteterapia se revela como un procedimiento sugerente y útil para mejorar la calidad de vida de los niños con enfermedades crónicas o que se hallan hospitalizados, apoyando los tratamientos médicos y psicológicos. Este elemento terapéutico redunda no sólo en el perfeccionamiento del niño, como ser humano, sino también como enfermo al reclamar su atención, ocupar su tiempo libre y distraerle de una excesiva polarización de su enfermedad, lo que en último término contribuye a una más favorable evolución de la misma (González-Simancas y Polaino-Lorente 1990).

La efectividad del Arteterapia como una modalidad de tratamiento está bien documentada en la literatura profesional, pero la mayoría de trabajos que avalan esta efectividad emplean una metodología cualitativa de estudios de caso, mientras que solamente se han publicado algunos trabajos con metodología cuantitativa que pongan de manifiesto que el proceso terapéutico y educativo permite un cambio actitudinal y comportamental en los sujetos (Saunders y Saunders, 2000).

ARTETERAPIA Y ATENCIÓN PALIATIVA PARA LA INFANCIA HOSPITALIZADA

La psicoterapia por el arte ha demostrado ser muy eficaz en los tratamientos de atención paliativa. En los Estados Unidos y Gran Bretaña se utiliza en los hospitales para atender a los enfermos de cáncer, SIDA, centros de tratamiento familiar, hospicios y centros de rehabilitación. A menudo se cree erróneamente que Arteterapia es una forma «constructiva» de evadir las dificultades. La realidad es muy diferente, mediante el Arteterapia los pacientes tienen la oportunidad de comunicar lo que les preocupa sin necesidad de recurrir a las palabras.

La actividad artística, entendida como un medio para facilitar la expresión de contenidos emocionales, puede ayudar a las personas a abordar con mayor claridad sus problemas.

El Arteterapia en atención paliativa se ofrece a los pacientes de distinta manera, tanto si están en la cama en el hospital como en su casa. La actividad creativa puede

consistir en dibujar o pintar, hacer collage, recortar, escribir o leer poesía, etc. No es necesario en absoluto que las personas que acceden a este tipo de servicio posean experiencia en el uso de materiales artísticos. Antes bien al contrario, descubrir una experiencia creativa, no tan solo placentera sino iluminadora en muchos aspectos y especialmente, en circunstancias tan difíciles y dolorosas surte un efecto curativo.

Con la oportunidad creativa, los pacientes encuentran una forma de expresar y reflexionar sobre los poderosos sentimientos que supone padecer una enfermedad, a veces irreversible. Estos sentimientos, difíciles de verbalizar, los enfermos a menudo los esconden a sus familiares y amigos por el miedo a hacerles sufrir también a ellos. La hospitalización o los tratamientos médicos pueden despertar en el paciente sentimientos como el exceso de dependencia, la impotencia frente a la enfermedad, la soledad, la rabia, la desesperanza, etc. En el extremo opuesto, cuando se está cerca de la muerte hacen acto de presencia frecuentemente sentimientos como la gratitud, la ternura o la apreciación. Todos ellos son difíciles de articular con palabras.

En estas circunstancias, el arteterapeuta es un acompañante incondicional, alguien que ofrece sus conocimientos y experiencia para soporte emocional a los pacientes en el acontecimiento, sin duda más crítico de su vida. Explorar la creatividad latente en nosotros mismos no sólo nos permite descubrir nuestra fortaleza interior sino que también enriquece nuestra vida con un nuevo comienzo en un momento en el que los finales ocupan el lugar más prominente.

Con asiduidad la psicoterapia por el arte en este campo no se reduce a trabajar con la persona aquejada de algún padecimiento, en numerosos centros y clínicas para enfermos terminales el arteterapeuta se ocupa además de los familiares o personas más próximas al enfermo, durante la enfermedad y después de la defunción acompañando en el proceso de duelo.

Otro aspecto especialmente delicado es el tratamiento de personas con discapacidad física, psíquica, sensorial y/o social. Una adecuada comprensión de su mundo emocional optimiza el que otro tipo de acciones educativas se consigan con más facilidad. Los programas de modificación de conducta o las actividades dirigidas a la adquisición de habilidades motoras, cognitivas o sociales pueden verse en mayor o menor medida beneficiadas si a la vez se atienden debidamente las necesidades emocionales del paciente.

La psicoterapia por el arte provee al equipo psicopedagógico de un medio adecuado para acercarse a la problemática del usuario cuando las restricciones del lenguaje imposibilitan conocer sus pensamientos. El Arteterapia se distingue de un taller plástica en que no es una actividad ocupacional o meramente educativa puesto que en Arteterapia no es tan importante la producción de objetos más o menos decorativos como el proceso mismo de creación artística. En dicho proceso junto con las capacidades cognitivas y motoras se despliegan a la vez y de forma natural otros potenciales del individuo que no dependen de su disfunción, tales como la capacidad apreciativa y de expresar emociones, el disfrute, la interiorización de conductas o el restablecimiento del equilibrio emocional. Reconocer estas capacidades y ayudar a potenciarlas contribuye a mejorar la calidad de vida del enfermo o usuario de Arteterapia.

La naturaleza no-amenazadora y no-directiva de la actividad artística permite al paciente acercarse al terapeuta sin entrar por ello en niveles de ansiedad intolerables.

Las personas que empleen el Arteterapia no tienen porque poseer unas magníficas capacidades artísticas, ni tan siquiera las más básicas. Hacer una raya en el papel o imprimir con el dedo sobre un trozo de arcilla es suficiente para comenzar a establecer un proceso de trabajo donde, siguiendo su propio ritmo, el paciente tendrá el espacio necesario para expresar de forma segura sus emociones y conflictos.

El psicoterapeuta ha de decodificar y comprender las complejidades de los lenguajes no verbales con el fin de comprender la realidad interna del sujeto y consecuentemente optimizar en beneficio de éste los recursos terapéuticos y educativos del centro u hospital.

CARACTERÍSTICAS DEL ALUMNADO HOSPITALIZADO

Los pacientes en edad escolar ingresados en el hospital son los potenciales alumnos de nuestras aulas. Resulta conveniente apuntar una serie de características que los diferencian de los demás niños. Siguiendo a Baño, L. et al. (2003) destacamos:

- Niños/as enfermos con diferentes niveles de gravedad.
- Niños/as limitados crónica o momentáneamente en sus posibilidades de acción.
- Niños/as psicológicamente afectados por la separación de su medio habitual.
- Niños/as con dificultades de adaptación a un medio extraño como es el hospital.
- Niños/as temerosos a los tratamientos médicos.
- Niños/as ansiosos ante la falta de información que han recibido sobre la internación o su problemática en general.
- Niños/as con n.e.e.(necesidades educativas especiales): discapacidades psíquicas, motóricas o sensoriales.

Ante esta descripción general cabría añadir una pequeña reflexión que aporte una idea más detallada de la realidad del menor hospitalizado.

En efecto, la hospitalización es para el niño/a un cambio total en su vida, se encuentra en un medio donde todo es nuevo para él/ella y debe adaptarse a ese ambiente. Los más pequeños sienten un mayor temor a ser abandonados por la madre, sobre todo si no están informados de porqué van al hospital y pueden vivir esta experiencia como un castigo. El niño de más edad ya entiende que la madre no lo abandonará, pero tiene auténtico terror a los tratamientos, al dolor y, por otro lado, a la pérdida de su independencia.

Hay toda una serie de cambios que el niño/a puede sufrir y que precisan de una adaptación. Por ejemplo, la separación de sus objetos personales y de las personas que conoce y el rodearse de personas y cosas nuevas y desconocidas para él/ella, así como el cambio absoluto de actividades y de rutina, complicándose esto en muchos casos con la propia enfermedad, y con la ansiedad que le produce su ingreso que puede ser una experiencia despersonalizadora la cual se puede vivenciar con infinito miedo.

Las reacciones de los niños/as ante su ingreso en el hospital pueden ser muy diferentes, no obstante los expertos ha establecido las siguientes fases: de protesta, de desesperación y de negación.

ATENCIÓN EDUCATIVA COORDINADA

La atención educativa que se les debe proporcionar a nuestros alumnos ha de ser adaptada a sus necesidades, para que puedan desarrollar una vida adulta activa, a pesar de su enfermedad, de las secuelas derivadas de la misma y de los tratamientos recibidos.

Esta atención educativa ha de ser parte integral del programa de tratamiento médico y constituir una labor compartida de los padres, profesores y personal sanitario, puesto que la continuidad escolar del niño-escuela, familia y hospital- transmite un mensaje de esperanza en el futuro, e igualmente, una atención educativa integral le permite desarrollar sus habilidades sociales y cognitivas. Es imprescindible contar con un programa hospital/escuela bien definido y organizado, el cual incluya: las aulas hospitalarias, la atención educativa domiciliaria y programas de preparación para la vuelta al colegio. (Grau y Cañete, 2000).

Asimismo para realizar una óptima labor educativa consideramos fundamental la sincronía entre:

- Los profesores de cada una de las aulas hospitalarias
- Con el personal sanitario (para obtener e intercambiar información sobre el tiempo aproximado de hospitalización y características de los niños enfermos)
- Con la gerencia del hospital
- Con las familias de los alumnos
- Con el centro escolar de origen
- Con las ONGs
- Con otros hospitales que disponen de aulas
- Con otros centros pedagógicos (asesoramiento, recursos...)
- Con el servicio de inspección educativa
- Con otras instituciones (periódicos locales, asociaciones de payasos..)

Los profesionales que constituyen el equipo psicopedagógico han de caracterizarse por ser personas imaginativas que cultiven el difícil arte de la improvisación creativa y de la exigencia atemperada. En palabras de González-Simancas y Polaino-Lorente (1990:75) *«han de saber sacrificar la eficacia de los rendimientos académicos a la mejor adaptación del niño al hospital, los aprendizajes a la salud, la programación curricular a la optimización de la evolución clínica»*. Y todo esto sin renunciar a ese esfuerzo generoso

consistente en estar siempre disponible y dispuesto a transmitir a sus alumnos aquello que éstos precisen saber para recuperarse mejor en el menor tiempo posible.

Como acabamos de observar, en el ámbito de la Pedagogía Hospitalaria se debe realizar una labor que podríamos calificar de muy exigente puesto que de una parte se ha de educar al menor hospitalizado, en función de cual sea su enfermedad y el estado psicobiológico en el que se encuentra y de otra, la de colaborar con el personal sanitario siendo consciente de que la curación, la salud, es aquí la meta prioritaria a la que se ha de subordinar cualquier otra actividad y aprendizaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAÑO, L., CARRASCO, P., FERRER, A., MARTÍN, C. Y PASTOR, C. (2003). Atención al alumnado en estancias hospitalarias. *Padres y Maestros*, 280 (noviembre/diciembre), 14-19.
- BONN, M. (1994). The effects of hospitalization on children. *Curationis*, 17, 20-24.
- BROOME, M.E. MAIKLER, V., KELBER, S., BAILEY, P. Y LEA, G. (2001). An intervention to increase coping and reduce health care utilization for school-age children and adolescents with sickle cell disease. *Journal of National Black Nurses' Association*, 12(2), 6-14.
- Casanova, C., Fraga, P., Manzano, A., Ortín, C., López, E., Sancho, N., López, H., Navarré, R. y Blasco, L. (1998). *El cuidado de los niños en los hospitales de la comunidad valenciana*. En <http://www.a14.san.gva.es/hos/enfer/pedia.html>.
- EUROPEAN PARLIAMENT TEXT (1986). European Charter for Children in Hospital. *Official journal of the European Communities*. Nº C 148/37.
- FAVARA, C., SMIRNE, G., SCHILIRO, G. Y DI CATALDO, A. (2001). Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures. *Medical and Pediatric Oncology*, 36(4), 474-80
- FENTON J.F.(2000). Cystic fibrosis and art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 27(1), 15-25.
- FRANKLIN, M. (1992). Art therapy and self-esteem. *Art Therapy*, 9 (2), 78-79.
- GARFUNKEL, J.M., EVANS, H.E. (1986). *Hospital care for children and youth*. Committee on Hospital Care. Illinois, American Academy of Pediatrics.
- GEIST, H. (1976). *Cómo atender al niño antes y después de la hospitalización*. Buenos Aires, Paidós.
- GONZÁLEZ-SIMANCAS, J.L. Y POLAINO-LORENTE, A. (1990). *Pedagogía Hospitalaria. Actividad educativa en ambientes clínicos*. Madrid, Narcea.
- GRAU, C., CAÑETE, A. (2000). *Las Necesidades Educativas Especiales de los niños con tumores intracraneales*. Valencia, Aspanion.

- GÜNTER, M. (2000). Art therapy as an intervention to stabilize the defenses of children undergoing bone marrow transplantation.. *The Arts in Psychotherapy*, 27(1), 3-14.
- HOLLY, J. (1981). *The other side of Pediatrics. A guide to the every day care of sick children*. Londres, The MacMillan Press Ltd.
- Hospital Committee, European Economic Community: Sub-Committee on Community Coordination (1987). *Recommendations of the hospital committee of the European Economic Community regarding the considerate treatment of children in hospital*.
- JUNGE, M.B. Y ASAWA, P.P. (1994). *A history of art therapy in the United States*. Mundelein, IL: American Art Therapy Association.
- KRAMER, E. (1979). *Childhood and art therapy: a comprehensive guide*. Nueva Cork: Brunner/Mazel.
- LUSEBRINK, V.B. (1994). *Imagery and visual expression in therapy*. Nueva Cork: Plenum.
- PETRILLO, M. Y SANGER, S (1980). *Emotional care of hospitalized children. An environmental approach*. Philadelphia: Lippincott.
- PLANK, E.N. (1966). *El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital*. Buenos Aires: Paidós.
- RAGHURAMAN, R.S. (2000). Dungeons and dragons: dealing with emotional and behavioural issues of an adolescent with diabetes. *The Arts in Psychotherapy*, 27(1), 27-39.
- RILEY, S. (1987). The advantages of art therapy in an outpatient clinic. *The American Journal of Art Therapy*, 26, 21-29.
- ROBERTSON, J. (1958). *Young children in hospital*. London: Tavistock Publication.
- RUBIN, J.R. (1987). *Approaches to art therapy: theory and technique*. New Cor: Brunner/Mazel.
- RUBIN, J.R. (1986). From psychopathology to psychotherapy through art expression: a focus on Hans Prinshorn and others. *Art Therapy*, 20, 397-402.
- SAUNDERS, E.J. Y SAUNDERS, J.A. (2000). Evaluating the effectiveness of art therapy trough a quantitative, outcomes-focused study. *The Arts in psychotherapy*, 27 (2), 99-106.
- THOMPSON, R.H. Y VERNON, D.T. (1993). Research on children's behaviour after hospitalization: a review and systhesis. *Journal of Deviations and Behavioural Pediatric*, 14, 28-35.

DESCUBRIMOS LA FUNCIÓN TERAPEÚTICA DEL ARTE:

ARTETERAPIA

Yolanda Torrado Sánchez

DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO

A) Arte, terapia y locura

Hablar de Arteterapia nos induce a pensar en las palabras que componen dicho término: Arte y Terapia. Tras un pequeño análisis de estos conceptos cabe preguntarse si hacer referencia al Arteterapia supone hablar del arte como un tipo de terapia. Para realizar un primer acercamiento a este concepto quizás sea conveniente comenzar planteándonos las siguientes preguntas: ¿Por qué a menudo se ha vinculado el arte con la locura?. ¿Cuántas veces hemos escuchado decir que todos los grandes genios tienen algo de locos?. ¿Es tal vez el arte un instrumento para combatir ciertas enfermedades?

Según Ángela Boto (2003) el filósofo Emile M. Cioran explicó en diversas ocasiones que su obra era fruto de un acto curativo, había empezado a escribir para no volverse loco. El propio Dalí se definía como un paranoico a la vez que añadía “Debo ser el único de mi especie que ha dominado y transformado en potencia creadora, gloria y júbilo una enfermedad mental tan grave”.

Estos testimonios nos dejan entrever que el arte ha sido (y sigue siendo) un recurso al que estos autores han recurrido para expresar y plasmar determinadas vivencias cargadas de sentimientos que se escapan al entendimiento de la razón. De las palabras de Cioran se desprende el gran potencial que posee el arte como instrumento de reflexión sobre sus experiencias personales, como vehículo de expresión y desahogo de sus angustias. El arte y la Salud se encuentran a juicio de estos autores íntimamente ligados.

El arte, tal como expone Julio Romero (2000) puede presentar zonas de contacto y superposición con el concepto de locura si entendemos el arte como manifestación del inconsciente, o cuando se entiende que el arte es espontaneidad pura, sin ningún tipo de mediación de la cultura, el aprendizaje o el consciente. Todas estas formas de considerar el arte están relacionados con aspectos que tienen que ver con la locura en su sentido más amplio: parecen aludir siempre a algo que no es posible captar a través de la razón.

Todos nosotros hemos experimentado a lo largo de nuestra vida, momentos o circunstancias en la que nos ha sido imposible expresar nuestros problemas o sentimientos a través de las palabras, a veces porque son demasiadas cosas las que queremos decir, otras veces porque estamos convencidos de que no nos van a entender o porque vamos a ser incapaces de transmitir nuestros pensamientos y sobre todo nuestros sentimientos, o porque simplemente no queremos compartirlo. En estos momentos todos buscamos una forma de expresión que nos libere de las tensiones o de nuestras contradicciones internas y

problemas y en estos momentos es cuando cobran protagonismo un lápiz, un pincel, una hoja de papel, el dejar volar la imaginación y dejar libre nuestra creatividad, sin críticas ni normas, simplemente obedeciendo a nuestros sentimientos enraizados en el inconsciente. Las distintas modalidades artísticas (pintura, danza, escritura etc.) nos van a permitir plasmar todo lo que en un momento determinado sentimos. En este punto es el que el arte se mezcla con la terapia, hablamos de Arte-Terapia o Arte-Sano, como medio para conseguir las mejores respuestas del paciente a sus problemas y limitaciones.

B) ¿Qué es el Arteterapia?

Pero, ¿a qué llamamos entonces Arteterapia? ¿Estamos hablando de arte? ¿Estamos hablando de alguna modalidad nueva de terapia?. Según Ramón Ballester (1997) el arte es un conjunto de preceptos para hacer bien algo. Procede del latín *ars*, *artis*, «habilidad», «profesión». El arte reclama, tanto cuando lo percibimos como cuando lo realizamos, una especie de atención no habitual. Una atención que nos pone en contacto con nuestros niveles más profundos, con nuestro Interlocutor Interno. Al ser humano lo conocemos a través de sus manifestaciones, de sus expresiones. Asimismo, define la terapia como un proceso a través del cual el sujeto hace consciente lo inconsciente. Todo es modificable a partir de la modificación en la conciencia. Es una cuestión de grado: a mayor conciencia, mayor capacidad de cambio. Si el cambio es funcional y no ocurre en la conciencia, se convierte en transitorio.

Ballester hace hincapié en la importancia de hablar de Arteterapia y no art-terapia porque no se puede separar «arte» de «terapia»; es una forma de trabajar que requiere de la fusión de ambas. Para este autor el Arteterapia es la Terapia en la que se pone el énfasis en el lenguaje artístico como medio de expresión mediante la manipulación, unas veces individual y otras grupal de elementos plásticos, sonoros, espaciales, dramáticos, etc.

Por tanto, a través del Arteterapia se pretende someter al análisis y reflexión lo inconsciente para tramitar un cambio hacia la mejora.

Algunos autores hablan de Psicoterapia del Arte en lugar de Arteterapia. Para ellos la Psicoterapia del arte es una profesión de ámbito interdisciplinar en la que se integran además de las bellas artes, la pedagogía, sociología, psiquiatría y el psicoanálisis. Su práctica se extiende desde hace más de 50 años a contextos clínicos, asistenciales y educativos de todo el mundo, aunque su aplicación era mayor en las enfermedades psicológicas, ya que el nacimiento del Arteterapia se produjo bajo el respaldo de las teorías psicoanalíticas. Aunque es muy probable que el uso terapéutico del arte sea tan antiguo como el hombre; sin embargo el concepto de Arteterapia en sí aparece después de la 2ª Guerra Mundial en EEUU y Gran Bretaña paralelamente con Adrian Hill (Gran Bretaña), Margareth Naumburg y Edith Kramer (América).

El Arteterapia no es una terapia ocupacional ni una forma de educación artística. El usuario de Arteterapia no necesita aptitudes artísticas para beneficiarse de esta modalidad de tratamiento. El Arteterapia es un conjunto integrativo de varias formas de trabajo psicoterapéutico. El Arteterapia se puede ofrecer como única modalidad de tratamiento o en conjunción con otras intervenciones terapéuticas. En este caso los tratamientos médicos y psicológicos convencionales se ven reforzados.

En este contexto Winnicott señala que en la psicoterapia se da la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. La labor del terapeuta se orienta a

llevar al paciente de un estado en el que se encuentra bloqueado a un estado de reflexión y comunicación.

Ascensio Moreno (2003)⁴¹ nos habla de Adrian Hill como la primera persona que utilizó por primera vez el vocablo Arteterapia a mediados de los años 40 para hacer referencia a la labor que realizaba en un asilo con personas con tuberculosis. Al mismo tiempo en EE.UU Edith Kramer y Margaret Naumbur emplearon el vocablo Arteterapia para definir la tarea que realizaban con niños con necesidades educativas especiales. Hill es considerado como el primer terapeuta artístico. Algunas de sus publicaciones son : Painting out iones (Pintando la enfermedad) y Art versus iones (Arte contra enfermedad)

Desde tiempos remotos el ser humano ha creado imágenes que poseen la capacidad de reflejar tanto el mundo interno del artista como su entorno inmediato. En Arteterapia se usa esta capacidad para ayudar a explorar y resolver los conflictos emocionales o psicológicos de las personas. Se pretende ayudar a restablecer la capacidad natural del individuo para relacionarse consigo mismo y con el mundo que le rodea de un modo satisfactorio. En Arteterapia lo importante no es conseguir un producto estético final sino ayudar al individuo a reflexionar sobre si mismo. Las imágenes y objetos artísticos, creados en un entorno seguro y en presencia del arte terapeuta posibilitan la CONTENCIÓN, EXPRESIÓN, EXPLORACIÓN DE EMOCIONES Y RESOLUCIÓN DE EMOCIONES CONFLICTIVAS. Las imágenes metafóricas que se utilizan en el lenguaje hablado no son permanentes mientras que las imágenes visuales, incluso tiempo después de realizadas, mantienen su carga emocional y poder comunicativo. Esta característica permite al arte terapeuta esperar el momento adecuado para volver a revisar aquella imagen que hace referencia a determinado conflicto, eso es cuando el paciente está preparado para afrontarlo y no antes. El arte se concibe por tanto como un vehículo de cambio de actitud frente a la enfermedad.

Amanda López Molina (2003) hace un breve recorrido acerca de las definiciones que distintos autores han realizado sobre el Arteterapia:

- T. Dellay (1984) afirma que la terapia artística es la utilización del arte y otros medios visuales en un entorno terapéutico de tratamiento y que la esencia de la terapia artística reside en el resultado terapéutico de la actividad de crear algo.
- Naumberg (1958) expone que el proceso de terapia artística se basa en reconocer que los sentimientos y pensamientos más fundamentales del hombre, derivados del inconsciente, alcanzan expresión a través de imágenes y no de palabras.
- Según Ullman (1961) los procedimientos terapéuticos están diseñados para ayudar a que se produzcan cambios favorables en la personalidad o en la forma de vivir, que permanezcan después que haya acabado la sesión misma.

Tomando como base estas definiciones, Amanda López afirma que terapia artística, Arteterapia, psicoterapia por el arte, tienen puntos en común y también divergencias; lo que las une a todas ellas es el uso de la creación artística como instrumento psicoterapéutico.

Emí Hilú (2001), después de la experiencia personal vivida cuando sufría cáncer, hace alusión a la relación existente entre la imagen plástica y los sueños, siendo ambos instrumentos que hacen emerger los procesos inconscientes. En el Arte Terapia la utilización de la imagen plástica se presenta como representación directa de los procesos inconscientes, al igual que en el sueño. Las obras artísticas y los sueños son formas que

⁴¹ Esta información ha sido extraída de la Revista "Educación Social" Nº 25: Arte-Terapia y Educación Social, perteneciente al apartado que lleva como nombre Intercambio

encuentra el individuo para liberarse de lo que Freud llamó el censor de la mente. El principal efecto de arte es la liberación de las emociones, la expresión misma. Esta liberación de emociones puede ser en sí misma curativa. En contraposición a esta afirmación Emí Hilú cita a Carles Ramos para quien la actividad artística no es por sí misma curativa, o por lo menos lo que es curativo para unos no lo es para otros... Quizás cuando Munch pintó el grito se sacó de encima una buena dosis de angustia, pero seguro que no se curó ni una pizca de la depresión que padeció toda su vida, el Arteterapia es otra cosa.

El arte es una vía directa al corazón, el quehacer artístico tiene la capacidad de comunicar emociones. En esto se basa el principal el elemento de trabajo del Arteterapia, ya que no todas las emociones se comunican a través del lenguaje hablado; y el arte representa una magnífica herramienta de catalización.

APLICACIONES DEL ARTE TERAPIA

Antes de entrar en las aplicaciones del Arteterapia cabe preguntarse qué formación es la necesaria para un arteterapeuta. Para ejercer como tal es necesario poseer Licenciatura y un curso universitario de postgrado o Master de 3 años de duración en esta especialidad así como pertenecer a la asociación española de arte terapia.

Y ¿en qué casos necesitamos ponernos en contacto con un arteterapeuta?. El arte terapia es de gran ayuda cuando por razones biológicas, intra-psíquicas o sociales se ve reducido el funcionamiento normal del individuo. Su aplicación está indicada para aquellas personas que encuentran por diversos motivos difícil la articulación verbal de sus conflictos.

Según Amanda López (2003), en Salud Mental los campos de aplicación del arte terapia son:

- En Prevención
- En Diagnóstico
- En tareas Psicoeducacionales

Una de las principales ventajas es que para beneficiarse de los efectos terapéuticos del arte terapia no es necesario poseer ninguna habilidad especial, muy al contrario cuando menos se sepa mejor, al tener menos conceptos adquiridos. No deja de resultar paradójico la famosa relación locura-creatividad. Si bien, lo que es curativo para unos no lo es para otros, las formas de la creatividad son infinitas.

El trabajo del terapeuta en arte terapia es atender las necesidades físicas y emocionales, comprender y responder adecuadamente a los mensajes no verbales, facilitar el aprendizaje de nuevas formas de comunicación más elaboradas. El Arteterapia está especialmente indicada para niños ya que usa una forma de comunicación que les es familiar y mucho más a su alcance que el lenguaje hablado.

ARTE TERAPIA CON NIÑOS

En el proceso de creación el niño expresa de forma literal y al mismo tiempo simbólica sus miedos y esperanzas, nos hablan de lo que les preocupa y lo que les parece importante. El Arteterapia se utiliza tanto en el tratamiento con niños como en el tratamiento con adolescentes. Las sesiones pueden ser grupales, individuales o conjuntamente con miembros de la familia. Fuera de España se practica en instituciones muy diversas: escuelas de primaria, secundaria y enseñanza especial, hospitales, clínicas para niños, centros de rehabilitación de menores etc.

Es importante destacar que no sólo las personas que sufren alguna patología pueden disfrutar del valor terapéutico del arte. Resulta también especialmente útil para cualquier persona, encontrando en esta técnica un modo de liberarse del estrés y del síndrome del quemado y un instrumento para fortalecer la comunicación y expresión de sus sentimientos.

- Sesiones en grupo

Los grupos en arte terapia pretende ayudar a los niños solitarios, tímidos etc. a interrelacionarse mejor con sus compañeros.

- Sesiones con familiares

Son aconsejables cuando los problemas que afectan al niño tienen su origen en una disfunción del núcleo familiar, no siendo posible su corrección mediante el tratamiento individualizado de los distintos miembros. En estas sesiones el terapeuta puede apreciar cómo interactúan los miembros de la familia y ofrece a los miembros la posibilidad de descubrir y corregir patrones de conductas inadecuados. Del mismo modo, se pretende que los padres sean conscientes del gran valor que posee el juego como reflejo del mundo interno del niño.

- Sesiones individuales

Apropiadas para niños que requieren una atención especial: trastornos psicóticos, deficiencia o periodo traumático en su vida.

ARTE TERAPIA CON ADULTOS

Las psicopatologías tratables son muy amplias: depresiones, psicosis, drogodependencias, trastornos de la alimentación etc. La conveniencia del uso del Arteterapia no depende tanto de la patología que presente el paciente como de sus circunstancias específicas, su nivel de perturbación, su capacidad para establecer relaciones, para comunicar lo que le sucede etc.

Puede ser al igual que con la infancia a través de sesiones individuales y grupales. Los tratamientos pueden ser de corta, media o larga duración.

La cárcel suele ser un contexto muy propicio para utilizar el Arteterapia. En ella, el individuo pierde el control de sus sentimientos, llegando unas veces a ser incapaz de expresar lo que siente o por el contrario mostrando sus sentimientos de forma exacerbada. Los objetos artísticos que se producen en las sesiones cobran una gran relevancia en el desarrollo personal del interno ya que cada imagen representa una parte de sí misma.

ARTE TERAPIA EN LA ACTUALIDAD

Actualmente el Arteterapia es una profesión reconocida en países como USA, Canadá, Australia, Reino Unido, Países Escandinavos... Se ha practicado fundamentalmente en Gran Bretaña y EEUU, y ahora también se hace eco en España.

En 1964 los artistas y profesores de pintura que trabajaban en hospitales formaron la asociación británica de terapeutas artísticos, cuya finalidad era clarificar cuáles eran las funciones del terapeuta artístico en los hospitales, qué formación tenían que recibir y cuál tenía que ser su situación laboral. Hasta 1980 el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social Británico entendía que la terapia artística era una forma de terapia ocupacional, pero en los años 80 la terapia artística se establecía dentro del Servicio Nacional de Salud del país.

Christine Lapoujade (Presidenta de la Asociación Europea de Arte Terapia), citada por Ángela Boto (1993), afirma que el auténtico impulso se ha producido en los últimos cinco años. Aunque son muchas las Universidades europeas que proporcionan una formación en esta disciplina sólo está reconocida como profesión en el Reino Unido.. En este país, el Arteterapia, en todas sus formas, está integrado en el sistema general de salud como un servicio más a los pacientes y también en escuelas para el apoyo emocional y psicológico de los niños.

En España la formación en Arteterapia es muy reciente. Se imparte en Barcelona y en Madrid. En Madrid acaba de arrancar en el hospital Ramón y Cajal, La Paz y San Carlos? un acuerdo entre la Universidad Complutense, la Fundación Coca cola y la asociación Mensajeros de la Paz para llevar los talleres de Arteterapia a los niños que permanecen hospitalizados y a los enfermos de Alzheimer.

La primera Universidad en realizar estudios sobre Arteterapia fue la Universidad de Barcelona, concretamente la Facultad de Bellas Artes durante el curso 99/00. Seguidamente en enero del 2001 siguió la facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid. El Arte-Sano o Arte-Terapia se utiliza desde hace una década en el Hospital Niño Jesús para tratar patologías relacionadas con trastornos de la alimentación e imagen corporal (anorexia y bulimia); adicciones (drogadicción, etc.); inadaptación social; deficiencias psíquicas (síndrome de Down) y recientemente se ha ampliado a deficiencias física y motóricas (rehabilitación). Los pacientes son niños que están en edad de jugar y jugar implica una situación espontánea, no forzada, una actividad relajante, no tensionante y creativa y es a través del lenguaje del Arte y su mundo de fantasía a través del cual podemos introducirnos en su mundo interno.

Pese a que el estudio en España sobre Arteterapia es muy reciente se han publicado ya algunas tesis sobre el tema. Ascensio Moreno (2003) hace referencia a las distintas tesis doctorales que se han publicado en relación con el Arteterapia: “Arte-Terapia con orientación gestáltica, de Elvira Gutiérrez Rodríguez, Universidad Complutense de Madrid (1999); “Expresión plástica y terapia”, de Carmen Alcalde Spirito, en la Universidad Complutense de Madrid en el año 2001; “La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos, de María Vassiliadou Yiannak, también de la Complutense de Madrid en el mismo año. Por último, hace alusión a su tesis doctoral, que lleva como título “Aportaciones del Arte- Terapia a la Educación Social en medio abierto”, presentada en la Facultad de Bellas Artes de la Univesitat de Barcelona del 2003.

En esta última tesis, su autor se plantea la relación que existe entre educación artística, Arte – Terapia y Educación Social. Entre estos términos existe sin lugar a dudas

un espacio compartido. Los educadores sociales se convierten en mediadores que utilizan los talleres de arte como excusa para poder intervenir con los sujetos. En el Arteterapia el terapeuta también es un mediador. En el caso del educador social se utiliza el arte para prevenir la inadaptación social y en el caso del Arteterapia el objetivo principal es la mejora de los conflictos emocionales de la persona. Es obvio que existe entre ambos un espacio de trabajo común. Según Ascensio Moreno, el Educador Social puede mejorar su práctica educativa si profundiza en el conocimiento del Arteterapia, sobre todo cuando interviene grupalmente con la mediación de talleres artísticos.

En definitiva, Educador social y arteterapeuta deben estar interrelacionados para desarrollar una labor fructífera puesto que el trabajo desde cada uno de sus ámbitos va a repercutir inevitablemente en el otro.

CONCLUSIONES

Desde una postura inequívoca y generalista se ha llegado casi a identificar arte y locura, de ahí el conocido dicho “Todos los artistas tienen algo de locos”. Desde mi punto de vista, esta afirmación carece de lógica. Es importante aclarar tal como expone Julio Romero (2000) que no se puede relacionar arte y locura entendiendo ésta como enfermedad patológica, ya que la enfermedad patológica supone un bloqueo, un obstáculo para la expresión del inconsciente.

La confusión que ha llevado a establecer una identificación entre arte y locura se debe a que ambos conceptos tienen un punto en común: escapan al análisis de la razón. El arte pretende plasmar el inconsciente, aquello que la razón no alcanza a captar, por tanto, el arte ha sido utilizado como instrumento de comunicación y reflexión por aquellas personas que sin llegar a tener una patología han pasado a lo largo de su vida momentos difíciles.

Hoy en día hablar de arte no significa hacer alusión a magníficas obras pictóricas, literarias, arquitectónicas etc. y grandes dotes artísticas. Hablar de arte supone ir más allá de lo que creemos, es hacer referencia a la expresión de nuestros sentimientos menos conscientes sin importar la modalidad en la que se haga (danza, pintura, teatro etc) con el objetivo de hacer conscientes nuestros problemas y prepararnos para hacerles frente. Estamos hablando de ARTETERAPIA.

BIBLIOGRAFÍA

- BOTO, A. (2003). El Arte también es curativo, Suplemento de *El Mundo* 542, del 11 de Octubre del 2003.
- MORENO, A. (2003). Arte Terapia y Educación Social. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 25.
- ROMERO, J. (2000). Creatividad, arte, artista y locura: una red de conceptos limítrofes. *Arte, individuo y sociedad*, 12.
- AA.VV. (1990). Psicología social y conducta artística: el arte, entre el individuo y la sociedad. *Arte, individuo y sociedad. Volumen*, 3.

BALLESTER, R. (1997). Arteterapia: Una terapia transpersonal. *Conciencia sin fronteras* (Revista electrónica⁴²). Edición 0.

- <http://www.paginadigital.com.ar/emihilu/taller.html>

<http://www.ucm.es/info/fgu/escuelacomplutense/cursos/a01p.htm>, consultada en Abril del 2004

LOPEZ, A. Trabajamos por la vida, en <http://funtadip.com.ar/arteterapiapres.htm>, consultada en Abril del 2004

⁴² Para acceder a la paginar consultar la siguiente dirección
<http://www.concienciasinfronteras.com/paginas/conciencia/arteterapia.html>,

INTERVENCIÓN EN ÁMBITOS DESFAVORECIDOS Y ARTETERAPIA

María del Mar González Barroso
Francisco José García Moro

La intervención psicopedagógica en los ámbitos desfavorecidos, y más concretamente con personas y colectivos de personas, -niños/as, jóvenes, adultos y mayores- en situación de riesgo psicosocial y exclusión, requiere de la concurrencia de diversas estrategias de acción que posibiliten un mayor grado de eficacia a la hora de cubrir los objetivos establecidos. Una de estas estrategias es el arte enfocado como terapia que posibilite un cambio conductual de aquellas personas que manifiestan conductas desadaptativas en el seno de un grupo.

El presente artículo describe las actuaciones diseñadas y desarrolladas en el campo de la arteterapia con menores, -niños y niñas de diferentes edades- con conductas desadaptativas; concretamente, describimos las intervenciones realizadas en un centro de protección de menores.

Introducción

La realidad de los centros de protección de menores está cambiando en nuestro país en las últimas décadas a la luz de las diferentes investigaciones psicopedagógicas, de los avances normativos y del desarrollo paulatino de una mayor conciencia política y social sobre el tema; así frente a imágenes más o menos desfiguradas de los centros se pasa a la concepción de un recurso con un marcado carácter temporal y con una función socioeducativa desde la asunción de los principios de normalización, personalización e inclusión social.

Bajo el amparo de esta tendencia socioeducativa, se considera que las intervenciones se deben centrar en la implementación de un conjunto heterogéneo de acciones psicopedagógicas que favorezcan el desarrollo integral del/la menor; así, se diseñan y desarrollan programas que intentan favorecer la asimilación de hábitos adecuados de salud física, psíquica y social; se implementan estrategias de refuerzo, compensación y, - en su caso- enriquecimiento de contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales necesarios para el óptimo proceso académico curricular de los/as menores; se establecen actividades de ocio, tiempo libre y deporte que desarrollen en los niños y niñas hábitos saludables y un adecuado desarrollo madurativo físico y psicológico; se establecen líneas de intervención específicas para tratar determinados problemas que puedan aparecer en el

desarrollo madurativo de los/as menores (conductas perturbadoras, ansiedad, depresiones, etc.).

Junto a este avance psicopedagógico en los centros de protección, se ha observado una paulatina consciencia de la necesidad de la profesionalización; así, frente a las intervenciones basadas en una beneficencia se ha pasado y, sigue pasando, a otra centrada en el/la menor bajo el amparo de equipos interdisciplinarios técnico-profesionales.

El técnico, y el equipo al que pertenece, bajo criterios normativos, pedagógicos y psicológicos, debe individualizar el proceso socioeducativo de intervención con el/la menor bajo los prismas de la normalización, la educación integral, la prevención-corrección, y la inclusión social.

Una de las actuaciones desarrolladas en los centros en los que estamos centrando nuestra exposición es la del desarrollo artístico como medio vehicular de expresión, aprendizaje de hábitos y destrezas, conocimiento de valores, detección de cuadros psicopatológicos y tratamiento de los mismos.

En este sentido, el objeto del presente artículo es describir las intervenciones realizadas por los profesionales con los niños y niñas acogidos/as en centros de protección utilizando como medio la expresión plástica.

Arteterapia y Ámbitos Desfavorecidos

La población objeto de intervención de los centros de protección de menores se caracteriza, en general, por manifestar un conjunto más o menos explícito y marcado de factores propios de la situación sociopersonal y familiar que originó la medida de protección y el consiguiente acogimiento residencial en un centro determinado. Entre estos factores destacamos, *el retraso madurativo, las dificultades académicas, la dificultad a la hora de expresar adecuadamente sus sentimientos, la indefensión, la mayor incidencia de manifestaciones conductuales agresivas e inadaptativas, la escasa voluntad de consecución de objetivos personales y sociales, la exigua consciencia de continuidad temporal*, etc. En muchos de los casos, la situación traumática vivida aparece como el factor predictor por excelencia de este conjunto de características descritas.

Sin embargo, el/la menor caracterizado por esta situación de desprotección, no sólo se define como un individuo con aspectos a corregir, paliar y, en definitiva, tratar, sino que las actuaciones con carácter preventivo y, sobre todo las de carácter potenciador, constituyen criterios fundamentales de actuación. Este aspecto, -no por menos obvio deja de ser importante de recordar-, va a resultar significativo a la hora de describir las actuaciones que se desarrollan en este tipo de centros con carácter general, y específicamente en lo que respecta a la utilización de la expresión plástica como estrategia de intervención psicopedagógica.

Las actividades socioeducativas que redundan positivamente en el desarrollo normal de las personas resultan obviamente esenciales para las mismas, y más aún para aquéllas que se encuentran en situaciones de riesgo psicosocial. Los/as menores de centros de

protección se encuentran en esta última situación. En estos centros es muy común encontrarse con actividades, -tales como el baile, la expresión plástica, la música, etc.-, relativamente planificadas y organizadas, que se podrían englobar en aquéllas que pretenden desarrollar la dimensión artística de las personas, y que, de un modo más o menos explícito, pretenden además servir de instrumento vehicular de tratamiento psicopedagógico.

El arte como medio de intervención: contextualización de la acción

En el contexto que estamos describiendo, las estrategias de intervención diseñadas y desarrolladas, no siempre se han caracterizado por la misma filosofía o paradigma a lo largo de la historia; así, las intervenciones con un marcado carácter benéfico-asistencial de años pasados ha dado pábulo a una configuración interventiva que, garantizando la asistencia, se complementa con acciones socioeducativas con una carácter fundamentalmente integrador, conjugando la prevención con el tratamiento y la rehabilitación según el caso.

En este sentido, el centrarse en el conjunto de dimensiones que definen al niño/a como sujeto integral, conlleva la implementación de estrategias socioeducativas que redunden significativamente en el óptimo desarrollo integral del/la mismo/a; siendo la dimensión artística y creativa una de ellas.

Este conjunto de actuaciones, que en la actualidad se está implementando en los centros de protección, tiene un doble matiz; así, se diseñan y desarrollan un conjunto variado de programas socioeducativos y asistenciales que tienen como objetivo último garantizar un desarrollo normalizado e integral que normativamente se establece; por otra parte, en función de las necesidades concretas que puedan presentar los/as menores, bien a nivel individual como grupal, se establecen estrategias interventivas más concretas y específicas con un carácter, fundamentalmente, de tratamiento y/o rehabilitador, según el caso concreto.

Siguiendo este mismo criterio, el arte, -más concretamente, en nuestro caso, la expresión plástica-, aparece como una de las actuaciones socioeducativas que con más frecuencia se desarrollan en los centros que estamos describiendo, bien como un taller específico o como una actuación propia de un programa más generalista como puede ser un proyecto de ocio y tiempo libre, o de creatividad. Sin embargo, también se utiliza con un carácter más específico con el objeto de tratar y/o corregir ciertos aspectos del/la menor que dificulta su desarrollo madurativo normal y saludable.

En las siguientes líneas, nos proponemos describir someramente estas dos formas de configurar y presentar al arte en los centros de protección de menores.

Programas Socioeducativos

El desarrollo de la expresión plástica dentro de la configuración programática de las acciones socioeducativas generales propias de los centros de protección de menores responde, fundamentalmente, a una doble función:

5. **Función compensadora** de los posibles déficits que el/la menor pueda presentar en función de su desarrollo y de las causas que originaron la medida temporal de acogimiento residencial. En este sentido, la expresión plástica aparece como un instrumento a partir del cual poder detectar, -proyectar-, ciertas patologías y, sobre todo, como un campo legítimo para tratar, rehabilitar y/o corregir determinadas manifestaciones comportamentales que pueden dificultar, como de hecho así ocurre, el desarrollo madurativo normal de los/as menores.

El desarrollo de la concentración y dedicación a la realización de la tarea; el perfeccionamiento de la psicomotricidad; la facilitación y explicitación de sentimientos y pensamientos latentes y/o difíciles de expresar mediante la palabra; la consciencia del ahora; la proyección de lo interior; etc., son algunos de los objetivos que se englobarían en la función compensadora de la expresión plástica como medio de intervención terapéutica. La realidad multiproblemática con la que frecuentemente trata el profesional requiere, igualmente, de acercamientos multivariados, siendo la arteterapia uno de los empleados.

En este punto, es importante tener presente, que las acciones terapéuticas a través de la expresión plástica, aunque ciertamente se utilizan cada vez con más frecuencia, éstas no son impartidas por especialistas per se de esta técnica específica de intervención, sino por profesionales con formación psicopedagógica más que artística.

Métodos y Técnicas

El tratamiento utilizado en la función compensadora en los centros de protección, se basa fundamentalmente en una intervención individualizada estableciéndose objetivos, métodos y tiempos específicos.

El terapeuta, garantizando una relación empática con el/la menor, al mismo tiempo que un clima que favorezca el trasvase de información, puede emplear una estrategia directiva o no directiva. Teniendo en cuenta, que una de las funciones fundamentales de la utilización del arte como técnica terapéutica, es que, en este caso el/la menor, pueda expresar mediante medios alternativos a la palabra, sus propias vivencias, resulta necesario establecer un espacio, un tiempo y un clima que amortigüe convenientemente los efectos inhibidores de un método y técnicas inadecuados a las características y necesidades tanto del menor como de los objetivos establecidos para el diagnóstico, como para la resolución de los conflictos inter-intrapersonales.

Se utiliza *La estrategia directiva* cuando el terapeuta establece de una forma explícita al menor los pasos que éste debe seguir en la sesión clínica. Las sesiones suelen durar un tiempo fijo establecido, -aproximadamente una hora

y media-. En ésta, el técnico/a, utiliza un material de trabajo que es simple (la hoja en blanco- papeles de diferentes formatos-, lápices, ceras, bandejas, pizarras, tizas de colores, etc.) indicando al niño/a que dibuje determinadas figuras y/o composiciones, en función del objetivo establecido previamente. Esta acción se suele enmarcar en unos criterios objetivos-estandarizados que facilitan la valoración por parte del técnico/a en función del tipo de expresión que manifieste el/la menor.

La *estrategia no directiva* se centra más en la capacidad expresiva del menor libre de criterios explicitados de antemano; la ausencia de un tema piloto que guíe al niño en su proceso expresivo-creativo conlleva una licencia añadida a la emanación de lo subconsciente; obviamente en el proceso directivo también se produce aunque generalmente orientada por un tema guía. El lápiz y papel es nuevamente el instrumento recurrentemente utilizado, aunque en ocasiones, a petición de deseos del menor se hace uso de diversos materiales plásticos como pueden ser (plastilina, cera, cartulinas, arcilla, etc.) siendo el tiempo en este caso más o menos variable en función de los objetivos establecidos.

- **Función potenciadora** de las capacidades del/la menor que favorezcan un desarrollo integral del/la mismo como ser social situado en un contexto determinado.

Además de las materias propias de la enseñanza reglada, los centros ofertan determinados talleres, entre los que se encuentra el de expresión plástica. Éstos aparecen normalmente como actividades complementarias para los niños y niñas acogidos, con una duración más o menos flexible en función de las necesidades del centro y de los propios menores. Este tipo de talleres están destinados al grupo y suelen estar impartidos o bien por un profesional del centro, o por un monitor especializado.

Los objetivos perseguidos en estos talleres suelen ser los que detallamos a continuación:

- ☐ Desarrollar la creatividad.
- ☐ Favorecer la constancia y el esfuerzo personal.
- ☐ Favorecer la concentración y observación.
- ☐ Desarrollar y/o afianzar la psicomotricidad fina y gruesa.
- ☐ Facilitar el aprendizaje de valores de cooperación, respeto y valoración de la realización de la tarea.
- ☐ Potenciar la capacidad artística.
- ☐ Facilitar los medios para que el/la menor llegue a ser capaz de evaluar sus propias creaciones y las de los demás de forma crítica y positiva.
- ☐ Posibilitar el desarrollo de las capacidades de análisis y síntesis, relativos a los objetos en sí mismos y en relación con los demás.

Métodos y Técnicas

La metodología seguida en este tipo de intervención favorece la participación interactiva del menor en el seno de un grupo determinado. El monitor, utilizando una programación específica y sistematizada, diseña y desarrolla actividades de carácter socioeducativo, favoreciendo el conocimiento de conceptos, procedimientos y actitudes propios de las artes plásticas. Transversalmente, se potencia la capacidad creativa del menor; su imaginación; la capacidad de concentrarse, de valorar el propio esfuerzo, etc.

Las técnicas utilizadas son todas aquellas propias de las artes plásticas desarrolladas en un centro educativo: cerámica, dibujo, modelado, etc.

En definitiva, la necesidad de ofrecer respuestas adecuadas y realistas a las necesidades socioeducativas que el/la menor pueda presentar en función de sus características y de las exigencias propias de nuestra sociedad cambiante; la necesidad de compensar los déficits que éstos/as puedan presentar; y la exigencia de procurar una educación integral centrada fundamentalmente en el desarrollo de las potencialidades, aunque también en el tratamiento de los déficits; es lo que justifica el diseño y posterior desarrollo de programas socioeducativos que incluyan el desarrollo de la dimensión artística del/la menor como uno de los aspectos que resultan esenciales para su óptimo desarrollo madurativo y psicosocial.

Conclusión

El/la menor acogido en centros de protección, al igual que cualquier otro menor, necesita de actuaciones que favorezcan su desarrollo madurativo integral. La dimensión artística es uno de estos elementos que puede favorecer positivamente las potencialidades del niño, niña o joven. Sin embargo, las actividades artísticas, -como la expresión plástica-, además de diseñarse y desarrollarse como elementos potenciadores de la persona, se usan, cada vez más frecuentemente, como instrumentos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de alteraciones comportamentales. Esta utilidad debe concienciar a los diferentes profesionales de la necesidad del perfeccionamiento técnico en esta materia como requisito imprescindible para sacar todo el provecho de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

- Furth, G.M. (1992).** *El secreto mundo de los dibujos*. Barcelona: Ediciones Luciérnagas.
- Moreno, A. (2003).** Arte-terapia y educación social. *Educación Social*, 25, 99-111.
- Paín, S. y Jarreau, G. (1994).** *Una psicoterapia por el arte*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

EL ARTE DE LA INTROSPECCIÓN

Elvira Gutiérrez Rodríguez

Comenzaré definiendo mi posición dentro del amplio mapa de las terapias, dentro del cual me sitúo como arteterapeuta humanista de orientación gestáltica. Ampliando el encuadre, debo decir que las psicoterapias llamadas Humanistas, están basadas en el entendimiento del ser humano como un conjunto integrado de cuerpo, mente, emociones y espíritu, con lo cual se considera indispensable a la hora de trabajar con cualquier aspecto de la personalidad tener en cuenta todo el conjunto, observando las repercusiones de cualquier alteración de un campo en todo el sistema, así como las señales que aparecen llamando la atención sobre algún problema en diferentes aspectos o manifestaciones de la persona.

La Terapia Gestalt es una de las formas que toma la Psicoterapia Humanista. Dentro del campo de la Psicología y la Terapia, se entiende por Gestalt, la totalidad del proceso que incluye acciones, emociones y pensamientos que se escalonan desde la aparición de una necesidad hasta la satisfacción de la misma, lo que en Terapia Gestalt se conoce como el CICLO GESTÁLTICO.

Los otros tres pilares en los que se basa la Terapia Gestalt son, resumiendo, la relevancia del “Aquí y Ahora”, lo que sucede en el momento presente; la relación existente e indisoluble entre “Figura y Fondo”, es decir, el hecho que emerge como figura que atrae la atención y el contexto en que se produce; y la auto-responsabilidad de los clientes en su proceso y en su vida.

Desde esta actitud de auto-responsabilidad, y de auto-cuestionamiento, se producen permanentemente interrogantes por parte de los psicoterapeutas que mantienen este arte vivo.

Barrie Simmons en la Conferencia Inaugural del II Congreso Nacional de Gestalt celebrado en Mayo 2002 en Madrid, abrió un importante tema de reflexión para muchos de los psicoterapeutas que nos encontrábamos allí, al señalar “Paul Goodman solía decir que hay que vivir como si fuéramos libres incluso en una sociedad que no es libre. (...) si nos adherimos a nuestras necesidades y deseos, a nuestra tendencia interior, aun habiendo mucha frustración, drama, dificultad, algunas veces somos gratificados, y cuando nos muramos, miraremos atrás y habremos vivido. También es posible que viviendo de esta manera, comprometidos con lo profundo, descendiendo a lo profundo, dispuestos a trascender la fobia al dolor, aceptando que no podemos permanecer totalmente aferrados u obsesivos por el placer, dispuestos a ver y a oír a otras personas, permitiéndonos la auto-reflexión, podremos crecer y lograr un nivel de autonomía, más allá de la preocupación, más allá del dolor. (...) Estad aquí ahora. Arreglároslo para ser sorprendidos.

¿Diagnosticar? ¿Para qué diagnosticar? Freud, que a menudo tenía razón, dijo, ¿Cómo se puede hacer un diagnóstico antes de acabar el análisis cuando ya conoces un poco al paciente?”¹

Muchos profesionales de diferentes tipos de terapias basan su trabajo en una primera sesión y el diagnóstico correspondiente, lo cual puede ser útil, mientras no se olvide que es un punto de inicio y no se confunda con la meta.

Cuando en el citado congreso se planteó la provocadora cuestión sobre la utilidad e incluso la oportunidad del diagnóstico, me vino a la memoria una vivencia personal relacionada con lo que llamaría diagnóstico móvil. Hace años acudí a una fisioterapeuta por un dolor intenso de origen desconocido en una rodilla que me hacía cojear, no había sufrido ningún traumatismo y no aparecía nada en los exámenes radiológicos; después de comprobar el bloqueo y el intenso dolor que me producía cualquier leve contacto con la zona afectada, la fisioterapeuta pareció olvidarse del motivo de mi visita y durante varias sesiones me trabajó la pelvis. Continuó después trabajando sobre otras partes de mi cuerpo y ambas nos olvidamos de mi rodilla, hasta que muchas sesiones después, mientras manipulaba las clavículas y en relación con algún asunto de fuerte contenido emocional, mi rodilla volvió a bloquearse. Era el momento de hacer entre las dos un buen diagnóstico.

Agradecí que no se quedase, y nos quedásemos ambas, bloqueadas en el síntoma, que en definitiva no era mas que una señal de alarma de una disfunción de un nivel mas profundo, y reconozco, y valoro, la dificultad que entraña dejar a un lado las fórmulas y recetas aprendidas para permitirse trabajar desde la atención, la confianza en el proceso y la disponibilidad para actuar con lo que va ocurriendo en el presente. Estoy hablando también de Arteterapia.

En mi experiencia personal he acompañado grupos de arteterapia en ámbitos tan diversos como personas con trastornos mentales y/o del comportamiento, grupos de personas en procesos de reinserción socio-laboral, algunas derivadas de programas de desintoxicación, profesionales y amas de casa interesados en el desarrollo personal, l@s asistentes a los cursos de formación en arteterapia, y l@s pacientes individuales, y en tod@s he podido comprobar su capacidad para expresarse a través del arte y desarrollar, de forma gradual y cada cual a su ritmo, la habilidad necesaria para recoger los mensajes que sus producciones les ofrecían e integrarlos en su vivencia personal, es por ello que confío en el potencial de la expresión artística como ayuda en el proceso de autoconocimiento, disfrute, alimento psíquico y espiritual, e instrumento de cambio social.

La dificultad para que el arteterapia nos ofrezca sus mejores frutos, radica en mantenerse con una mente abierta, libre de pre-juicios y pre-conceptos, es decir, en actitud de escucha atenta y disponibilidad.

Mantenerse en esa actitud de indiferencia creativa, el “Wu-Wei” taoista de la acción en la no-acción, entraña dificultad para el cliente que acude por lo general con una expectativa de

¹ (la negrita es mía) Para mas información sobre el tema de la conveniencia del Diagnóstico ver “Psicoterapia centrada en el cliente” ROGERS, Carl R. (1981). Barcelona: Paidós.

lo que desea lograr, y también para la/el arteterapeuta que se enfrenta a la situación además de con sus propios condicionamientos, con los de su cliente, y con un amplio bagaje de experiencias leídas, conocimientos que si bien han enriquecido su formación, también pueden llegar a condicionar su mirada y nublar su sentir, si no se permite la auto-escucha, el estar presente en el aquí y ahora.

El gran reto y la gran oportunidad para cualquier arteterapeuta radica en que el trabajo que realiza con otras personas y su propio desarrollo personal vayan de la mano en el descubrir y practicar el arte de la introspección.

Nelson, autor de “Más allá de la Dualidad”² psiquiatra y crítico tanto de la corriente oficial como de la antipsiquiatría, apuesta por la psicología transpersonal, como forma de integrar los conocimientos médicos sobre los trastornos cerebrales con las filosofías y experiencias espirituales. Refiriéndose a la comunicación subliminal entre paciente y terapeuta y citando a R.D. Laing,³ dice “lo que determina la proximidad o el distanciamiento entre ambos no es tan sólo lo que dice el paciente sino también el modo en que escucha el terapeuta”, añadiendo “La curación exige algo más que una modificación de la química cerebral o la transmisión de información meramente verbal porque, por más importantes que sean estas cuestiones para la curación, más esencial todavía es, si cabe, el intercambio espiritual existente entre el terapeuta y el paciente. (...)”

El terapeuta actual (continúa Nelson) dispone de herramientas muy poderosas que van desde los fármacos capaces de modificar las delicadas pautas metabólicas del cerebro hasta sofisticadas técnicas psicoterapéuticas que pueden llegar a sondear las profundidades del alma. Pero hay que decir que, esgrimidas por una mano torpe o poco cuidadosa, estas herramientas pueden ser tan destructivas como curativas. Es cierto que la pericia técnica necesaria para llevar adecuadamente una terapia sólo puede alcanzarse mediante el estudio científico, pero esto no debe llevarnos a desdeñar la importancia que tiene el compromiso del terapeuta con su propio desarrollo espiritual y su liberación de los obstáculos que comporta la identificación con el ego. Para ser eficaz, el terapeuta deberá haber superado toda actitud defensiva ante el sufrimiento de la vida, trascendiendo toda estrategia que limite su nivel de consciencia y renunciando a la arrogancia que le impide aprender de sus pacientes.”

² Más allá de la Dualidad. Integrando el espíritu en nuestra comprensión de la enfermedad mental. *John E. Nelson* Ed. La liebre de Marzo, Barc. 2000,

³ LAING, R.D. (1982). *The Voice of Experience*. Nueva York: Pantheon Books. (Traducción castellana, La voz de la experiencia, Barc: ed. Crítica, 1983)

Se ha dicho que la obra de arte es una experiencia directa e intuitiva de la realidad que va mas allá de las palabras y razonamientos discursivos; algo de esto ocurre también en la relación que se establece entre cliente-obra-terapeuta; por un lado aparece la proyección del cliente en la obra, y la integración cuando éste puede recoger la proyección como un fragmento de su ser que reincorpora; por otro lado aparece el mecanismo de identificación que le ayuda a escucharse y aceptarse a través de la escucha y aceptación del arteterapeuta, tanto de sí, del cliente, como de la obra; y además, y más allá de esto, está la relación sutil, difícilmente evaluable pero que puede percibirse claramente en muchas ocasiones dentro de la sesión terapéutica, entre las dos personas y la obra cuando ambas se abren a la experiencia del presente.

Aparecen así tres ingredientes que la/el arteterapeuta tiene que poner en la relación, escucha, aceptación y presencia:

- Escucha, interna, externa y de la zona intermedia (fantasías, justificaciones, razonamientos,...); escucha auditiva, visual, cinestésica,...
- Aceptación de los condicionantes y limitaciones propias, para poder aceptarlas en el cliente; aceptación de los arquetipos y valores del cliente que pueden no ser coincidentes con los propios; aceptación de los sentimientos que aparecen en la relación cliente-arteterapeuta.
- Actitud de presencia total del arteterapeuta que posibilite el encuentro profundo, sutil y auténtico; a veces este concepto se intenta explicar como olvido de sí, queriendo significar olvido de los sentimientos egoístas del arteterapeuta, para mí es un concepto más incluyente que excluyente, es decir, constituye la presencia en el aquí y ahora de la relación terapéutica, con la conciencia de todo el ser integrado, cuerpo, emociones, mente y espíritu, y que incluye naturalmente la sombra del arteterapeuta, que se supone reconocida y abrazada por éste.

Relataré brevemente algunas experiencias personales para mostrar cómo en la práctica cotidiana, estos principios a veces se traducen en cuestiones aparentemente sencillas,

pero que evidencian la importancia de la actitud de la/del arteterapeuta para el desarrollo de la sesión.

En el grupo de Formación en Arteterapia se ha propuesto un trabajo de búsqueda de los propios valores, y de la relación que éstos establecen con la figura materna introyectada; se lleva a cabo mediante unos ejercicios de modelado en arcilla. En el curso de los trabajos van apareciendo en diferentes personas, bloqueos en la respiración, dificultad con gestos o acciones fuertes sobre la materia, como cortar, perforar,... La persona que coordina el trabajo, y que está en contacto con su propia respiración, puede percibir cómo la respiración de la persona que está modelando se va acortando y acelerando, puede ver cómo sus hombros se alzan levemente o se cierran sobre el pecho, y puede escuchar si su discurso verbal y su acción sobre la arcilla es coherente o no, y ayudarlo a que se percate de qué es lo que está sintiendo en ese momento. Si quien coordina el trabajo está

desconectado/a de su propia respiración y de la relación entre ésta y sus emociones, difícilmente lo podrá ver en la otra persona.

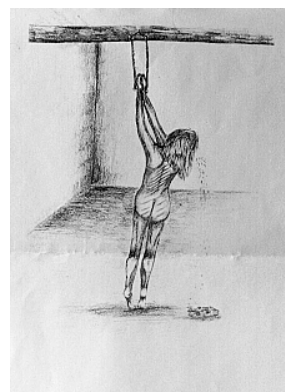


En otro trabajo con este mismo grupo de Formación en Arteterapia con ocasión de profundizar sobre los Mecanismos de Defensa, utilizando como herramienta artística la elaboración de diferentes máscaras relacionadas cada una de ellas con un Mecanismo, aparecen fuertes sentimientos de rabia en varias personas del grupo al descubrir como han repetido a lo largo de su vida comportamientos que eran dañinos para sí mismas; si la/el arteterapeuta no conoce sus dificultades para la confrontación, o de dónde le viene el que en ocasiones se olvide de sus propias necesidades, o no ha elaborado suficientemente sus propios sentimientos de rabia, se habría sentido con toda probabilidad, desbordada por las emociones del grupo o no habría podido escuchar empáticamente provocando posiblemente el que alguien se sintiese juzgado y rechazado.



No quiere decir esto que se haya tenido que pasar por las mismas o parecidas experiencias, pero sí que se haya puesto la atención en los sentimientos similares que hay detrás de vivencias que pueden ser diferentes. Cuando en el grupo de arteterapia para gente sin hogar, P. que tiene un alto grado de deterioro psíquico, comenta mientras modela un pequeño objeto que el contacto con la materia le hace sentirse indefenso y abrumado⁴, puedo no solo entender desde el intelecto, sino compartir su emoción porque yo misma he sentido lo mismo en ocasiones.

Cuando L. acude a la primera sesión, que en teoría según me había anticipado por teléfono era para tratar una fobia, y me muestra su dibujo de una mujer torturada, necesito como mujer, como arteterapeuta y sobre todo como ser humano, algo más que amplios conocimientos sobre la materia, para enfrentar “in situ” todas las emociones que en ese momento se remueven en mí.



Vuelvo a citar a Nelson⁵ “La mayor parte de los programas de formación de profesionales de la salud mental insisten acertadamente en que, antes de graduarse, uno debe llevar a cabo su propio proceso psicoterapéutico.” Esto lo sabe cualquier profesional que trabaje tanto en sesiones individuales como con grupos, no solo, como se ha mencionado, por las emociones que se pueden originar o revitalizar en la/el arteterapeuta durante la sesión y que de no haber sido reconocidas, aceptadas y elaboradas en algún momento por la/el arteterapeuta, pueden generar zonas en sombra, temas intocables en la terapia; también para poder distinguir lo que el grupo o el individuo proyecta en la figura de autoridad y sus verdaderos sentimientos, ya que, es fácil reconocer como transferencia negativa hacia la figura de autoridad una actitud de rechazo, rebeldía o una crítica, pero no es tan fácil reconocer un halago como identificación proyectiva o como manipulación consciente o inconsciente, cuando esto se da, y es más difícil aún aceptar con la misma naturalidad una y otra respuesta a la labor terapéutica, reconociendo además la reacción que nos provoca internamente. Esta es la forma en que el arteterapia se puede convertir en un arte de la introspección que venga a ser una vía de desarrollo común.

⁴ GUTIERREZ, E. (2000). Arteterapia para grupos de personas sin hogar. *Arte Individuo y Sociedad*, 12, 301-309.

⁵ NELSON, J. E. Op.cit.

MUSICOTERAPIA Y EDUCACIÓN

Elena Goicoechea Calderero

1. INTRODUCCIÓN

“El mundo al revés nos entrena para ver al prójimo como una amenaza y no como una promesa, nos reduce a la soledad y nos consuela con drogas químicas y con amigos cibernéticos (...) El mundo al revés nos enseña a padecer la realidad en lugar de cambiarla (...) En su escuela, escuela del crimen, son obligatorias las clases de impotencia, amnesia y resignación. Pero está visto que no hay desgracia sin gracia... Ni tampoco escuela que no encuentre su contraescuela¹”

Nuestra aportación para combatir a la escuela del mundo al revés parte del conocimiento, la comprensión, el respeto y la aceptación del “otro”, y de la idea de que la educación se debe abordar desde un punto de vista holístico/integral, para que sea efectiva tanto para informar como para formar al ser humano.

Al igual que Maslow² (1983) pensamos que “El concepto de creatividad y el de persona sana, autorrealizadora y plenamente humana está cada vez más cerca el uno del otro y quizá resulten ser lo mismo (...). La educación a través del arte puede ser especialmente importante no tanto para producir artistas y objetos de arte, sino más bien para obtener personas mejores”

Para aprender a vivir en sociedad es necesario fomentar la educación en valores humanos (respeto, autoestima, tolerancia...). Así tomando como punto de partida el aula, el educador puede promover en el alumnado modificaciones de conducta a través del sonido y/o la música.

2. MUSICOTERAPIA EN LA ESCUELA

Es en la escuela donde el niño, como individuo, tiene su primer contacto con la sociedad, desde ella el educador puede prevenir, percibir y modificar conductas o situaciones problemáticas.

Las propuestas que desde aquí exponemos están dirigidas a fomentar los valores humanos, utilizando como estrategias la cooperación, la comunicación y la creatividad en el aula.

¹ GALEANO, E (1988). *Patatas arriba. La escuela del mundo al revés*. Madrid: Siglo XXI.

² MASLOW, A. H. (1983). *La personalidad creadora*. Barcelona: Kairós.

Pero, ¿Qué es la musicoterapia? El Dr. Rolando O. Benenzon³ la define como el campo de la medicina que estudia e investiga el complejo sonido-ser humano-sonido, para utilizar el movimiento, el sonido y la música con el objetivo de abrir canales de comunicación en el ser humano, para producir efectos terapéuticos, psicoprofilácticos y de rehabilitación en él mismo y para la sociedad.

Según Loroño⁴ en la escuela es importante diferenciar entre una reeducación y un proceso terapéutico. Para un proceso reeducador nos serviremos de técnicas o métodos utilizados en Musicoterapia, pero cuyo objetivo es el de superar el síntoma (Ducourneau⁵, 1990). Un proceso musicoterapéutico implica ir más allá en la relación con dicho sujeto, es decir crear un vínculo, entrar en lo más profundo de esa persona, crear una relación terapéutica que permita escuchar, comprender a dicho sujeto, y posibilitar un cambio en él.

La musicoterapia puede prevenir, mejorar o resolver diferentes conflictos en el aula como: los problemas de conducta, las dificultades de socialización, la agresión, hiperactividad, el estrés, la ansiedad, la baja autoestima, problemas físicos (disminuidos físicos, trastornos médicos crónicos o degenerativos...), mentales (disminuidos psíquicos, dificultades en el aprendizaje...) y emocionales...

3. PROPUESTA DE ACTIVIDADES A PARTIR DE LOS ELEMENTOS DE LA MÚSICA

Son numerosas las actividades que se pueden realizar a partir del sonido, pero no debemos olvidar que cada persona es única dentro de la pluralidad de la sociedad, por lo que debemos adaptar cada una de ellas para trabajar ya sea de forma individual o en grupo, dependiendo tanto de las necesidades como de los objetivos que nos planteemos en cada sesión.

La elección de la música se debe determinar de forma individual, dependiendo del estado mental y físico del sujeto y de los objetivos que nos planteemos.

A partir de los elementos de la música se pueden trabajar diferentes bloques:

³ BENENZON, R. O. (1988). Musicoterapia; Aproximación al problema terapéutico. *Música, terapia y comunicación*, 3.

⁴ LOROÑO, A. (1991). Musicoterapia en la especialización en educación musical para profesores de E.G.B.. *Música, terapia y comunicación*, 10.

⁵ DUCOURNEAU, G. (1990). *Musicoterapia: la comunicación musical: su función y sus métodos en terapia y reeducación*. Madrid: Edaf.

SONIDO:

- Diferenciación entre sonido y silencio.
- Producción y discriminación de ruidos y sonidos.
- Discriminación de timbres de instrumentos musicales.
- Interpretación con objetos cotidianos...

RITMO Y MOVIMIENTO:

- Ejercicios de acento, pulso, compás, frase rítmica...
- Vivencias de ritmo y tempo.
- Percusión corporal.
- Expresión corporal.
- Ejercicios de tensión-relajación, respiración...
- Marchas, movimiento y danzas con su propio ritmo interno ...
- Movimiento sin desplazamiento, desplazamientos simples...

RITMO EN LAS PALABRAS:

- Prosodias, recitaciones, expresiones verbales, frases con sentido rítmico, polirritmias con diferentes fonemas...
- Refranes, adivinanzas, narraciones, cuentos...
- Improvisación y creación de rimas, juegos de ritmos...

MÚSICA Y LENGUAJE, CANTO:

- Emisión y exploración de la voz.
- Imitar e improvisar con la voz ruidos, sonidos, onomatopeyas...
- Entonar con voz aguda o grave, fuerte o piano...
- Canciones infantiles.
- Juegos cantados.
- Canciones con letra adaptada.
- Canciones con gestos.
- Relajación y visualización guiadas...

MÚSICA Y MOVIMIENTO:

- Danzas, marchas
- Juegos musicales
- Expresar corporalmente los estados anímicos, emocionales, físicos que nos produce la música.

- Expresar corporalmente el carácter de la música con movimientos lentos, rápidos, fuertes, pesados, ligeros, alegres...

AUDICIÓN MUSICAL:

- Representación mediante grafías no convencionales de ritmos y movimientos.
- Expresar gráficamente los estados anímicos y emocionales que produce la música así como el carácter de la música.
- Musicograma...

INSTRUMENTOS:

- Exploración y manipulación de diferentes instrumentos, creación de instrumentos.
- Juegos de ritmos con instrumentos.
- Acompañamiento de movimientos, marchas y canciones.
- Interpretación de melodías y canciones con diferentes agrupaciones instrumentales.
- Armonización e improvisación.
- Instrumentación de cuentos...

4. PROPUESTAS DE ACTIVIDADES

4.1. “Concierto en el bosque”

a. Descripción

Actividad dirigida a niños/as con trastornos médicos crónicos o degenerativos.

Con ella queremos contribuir al bienestar del sujeto captando su atención, para que durante un tiempo no esté centrado en su dolor. Contribuiremos también a que se relacione con sus compañeros trabajando en grupo, a desarrollar la sensibilidad auditiva, a discriminar y producir ruidos y sonidos, a conocer el ecosistema del bosque...

Se pueden realizar variantes de la actividad substituyendo el medio en el que se desarrolla la narración.

b. Desarrollo:

Después de escuchar un cuento que se desarrolle en el bosque los niños se colocan por grupos alrededor de una cartulina en la que dibujan los sonidos que aparecen en el cuento: animales, árboles, crujir de hojas secas, viento, lluvia, río... Seguidamente interpretan la “partitura” de los sonidos representados.

4.2. “El reflejo de piedra”

a. Descripción

Esta actividad se propone como iniciación a ejercicios más complejos de relajación, como el que planteamos en la actividad siguiente.

El objetivo principal es aprender a diferenciar en nuestro cuerpo las sensaciones de tensión y relajación.

b. Desarrollo

Por parejas, nos colocamos uno frente al otro. Uno de los dos es un espejo que imita los movimientos del compañero. Cuando el compañero “real” pone tensa y dura “como una piedra” una parte de su cuerpo el reflejo debe imitarle.

Podemos empezar realizando esta actividad tensando grandes zonas del cuerpo como los brazos, la cara, el tronco y las piernas, para ir poco a poco matizando: un ojo, la mano, el hombro...

4.3. “Sesión de relajación guiada”

a. Beneficios y aplicación terapéutica de la relajación

La relajación puede ser de gran ayuda en problemas diversos como insomnio, dolor crónico, hipertensión, aumento de la autoestima, estrés, ansiedad, fobias...

Algunos de los beneficios que, según Blay (2001)⁶, se obtienen de una relajación consciente bien hecha son:

1. Perfecto descanso del cuerpo.
2. Recuperación extraordinariamente rápida de toda clase de fatiga.

⁶ BLAY, A. (2001): *Relajación y energía*. Ediciones Indigo.

3. Mejora el funcionamiento del cuerpo en general y curación de los trastornos originados por hiperactividad orgánica o por tensión.
4. Aumenta la energía física, psíquica y mental.
5. Tranquiliza, aclara y profundiza la vida afectiva.
6. Descanso de la mente, a voluntad.
7. Aumenta la energía, claridad y penetración de los procesos mentales.

b. Preliminares

Antes de comenzar esta sesión debemos adquirir algunos conocimientos sobre la relajación.

Existen diferentes técnicas de relajación, la que se propone en esta actividad se basa en aprender a diferenciar la tensión de la relajación de los músculos.

Mientras el musicoterapeuta va indicando a los niños los ejercicios de tensión-relajación pondremos una audición⁷ de fondo, la música debe ser lenta, de carácter apacible y agradable, ya que nos debe inducir a un estado de tranquilidad. Éste previamente les explicará a los alumnos el procedimiento que van a seguir⁸.

La relajación progresiva fue desarrollada por Jacobson⁹ (1938), quien descubrió que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a prestar atención y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión-relajación, una persona podía eliminar las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. El objetivo es que el individuo, a través de los ejercicios, distinga cuando sus músculos están en tensión y pueda relajarlos. Posteriormente ha sido modificado por diversos autores con el propósito de reducir su duración.

Según Labrador, Puente y Crespo¹⁰ (1997) hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

La relajación, al igual que otra habilidad, precisa de aprendizaje y ejercitación progresiva. Cuanto más tiempo se le dedique mejor.

⁷ Como indica Estivill (2003) la música resulta muy útil para que la persona acreciente, mantenga o restaure un estado de bienestar. La utilización, sistemática y científica, de la música es el agente dinámico que dirige el terapeuta, o en este caso el narrador o la persona que sigue el ejercicio.

⁸ Antes de realizar esta actividad se debe haber trabajado diferentes ejercicios y actividades de tensión – relajación.

⁹ Jacobson (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: The University of Chicago Press. (Trabajo original publicado 1929)

¹⁰ LABRADOR, F.J. ; PUENTE, M.L. y CRESPO, M. (1993). Técnicas de control de la activación: Relajación y respiración. En Labrador F.J.; Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

Para relajarse hay que proponerse “dejarse hacer”, abandonarse al proceso dejándose llevar por las sensaciones que nos sobrevengan, sin temor.

Hay que concentrarse en las instrucciones y las sensaciones que se experimenten en el organismo. No en cómo lo estamos haciendo.

c. Condicionantes previos

Los ojos cerrados ayudan a evitar distracciones de estímulos visuales externos.

Para comenzar el entrenamiento, es necesario que el ambiente sea agradable y tranquilo. La temperatura no será en ningún caso extrema, la luz tenue, más bien suave, también nos ayudará. Todo aquello que llevamos puesto y nos oprima o moleste (gafas, lentes de contacto, cinturones) deberá ser eliminado para poder estar más cómodos y concentrados. La mejor opción es usar ropa cómoda y amplia.

Las posturas corporales deben ser relajadas. Las dos posibilidades básicas son estar tumbado y estar sentado.

Si nos tumbamos debe ser sobre una superficie dura en la que se apoye completamente el cuerpo, de forma que ningún músculo tenga que trabajar para sostenerlo, y con una ligera elevación de unos 5 centímetros para la cabeza.

En la postura de sentados lo más adecuado es utilizar un sillón envolvente que recoja bien el tronco y permita además apoyar la cabeza. Los brazos pueden apoyarse en el sillón o sobre la parte superior de los muslos con las palmas de la mano hacia abajo.

Si alguien siente la necesidad de moverse puede hacerlo lentamente...

d. Relajación guiada

La música de fondo (con poco volumen) debe ser tranquila, para proporcionar bienestar y tranquilidad.

Al dar las instrucciones conviene indicar primero de forma detallada lo que debe hacerse y luego señalar el momento en que has de comenzar a hacerlo, (por ejemplo: “Cuando te lo indique debes apretar fuertemente la mano derecha (puño)”, ““1, 2, ahora”).

Las instrucciones se deben dar con voz pausada, monótona y con escaso volumen. No debe haber cambios ni en la intensidad ni en la modulación a fin de que no pierdan la concentración.

Nos tumbamos o sentamos, dependiendo de lo que resulte más cómodo, y de los materiales que dispongamos.

Se le explica al grupo el procedimiento, y que a la orden de “ahora” tendrán que tensar durante 3-4 segundos diferentes zonas del cuerpo y posteriormente relajarlas. Nos debemos centrar en la sensación que nos produce tanto la tensión como la relajación, para reconocerla y diferenciarla.

Después de cada ejercicio de tensión-relajación, se indicará al individuo o grupo que respire profundamente.

Aprender a respirar es fundamental para trabajar correctamente la relajación.

El musicoterapeuta comienza a narrar:

“Nos sentamos o tumbamos cómodos, nuestra respiración es tranquila y relajada y sigue su propio ritmo, Percibimos la respiración, pero no la forzamos. dejamos sueltos los músculos. Cerramos los ojos”.

“Nuestra mente se centra solamente en nuestro cuerpo, en nosotros, y en las sensaciones que en él se producen”.

A partir de aquí iremos indicándoles lentamente una a una, como se recomendó anteriormente y en el orden en que se apunta, las zonas que deben tensar y relajar:

“Cuando te lo indique debes apretar fuertemente la mano derecha 1, 2, ahora. Nota la tensión en tu mano. Céntrate en esas sensaciones. Esto es tensión. Suelta la mano, libera la tensión, céntrate en las sensaciones que la invaden y fíjate en lo diferentes que son respecto a la tensión. Respira profundamente”.

- Mano derecha

- Brazo derecho
- Mano izquierda
- Brazo izquierdo
- Cara
- Cuello
- Espalda
- Abdomen
- Glúteos
- Pierna derecha
- Pie derecho
- Pierna izquierda
- Pie izquierdo

“Permanecemos un momento con la sensación de relajación de nuestro cuerpo”.

“Suavemente comenzamos a movernos, y lentamente abrimos los ojos”

BIBLIOGRAFÍA

- BENENZON, R. O. (1988). Musicoterapia; Aproximación al problema terapéutico. *Música, terapia y comunicación*, 3.
- BERSTEIN, D.A. Y BORKOVEC, T.D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- BLAY, A. (2001). *Relajación y energía*. Ediciones Indigo.
- CAUTELA, J.R. Y GROEDEN, J. (2002). “Técnicas de relajación”. Barcelona: Martínez Roca.
- DUCOURNEAU, G. (1990). *Musicoterapia: la comunicación musical: su función y sus métodos en terapia y reeducación*. Madrid: Edaf.
- JACOBSON, E (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: The University of Chicago Press. (Trabajo original publicado 1929)
- LABRADOR, F.J. ; PUENTE, M.L. y CRESPO, M. (1993). Técnicas de control de la activación: Relajación y respiración. En Labrador F.J.; Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- ESTIVILL, E. (2003). *El libro del buen dormir . Preguntas y respuestas sobre el sueño y sus trastornos*. Eduardo Estivill.
- LACARCEL, J. (1995). *Musicoterapia en educación especial*. Murcia: Universidad de Murcia.
- GALEANO, E. (1988). *Patatas arriba. La escuela del mundo al revés*. Madrid: Siglo XXI.
- LOROÑO, A. (1991). Musicoterapia en la especialización en educación musical para profesores de E.G.B. *Música, terapia y comunicación*, 10.
- MASLOW, A. H. (1983). *la personalidad creadora*. Barcelona: Kairós.
- MONTÁVEZ, M. y ZEA M. J. (2004). *Recreación Expresiva (vol. I)*. Re-Crea y Educa.

PASTOR, C. ; SEVILLA, J. *Tratamiento psicológico del ataque de pánico- agorafobia*. Valencia: Centro de terapia y conducta.

RUIZ, G. (1999). *Amo hacer música*. Madrid: Mandala Ediciones.

EL ARTETERAPIA EN LOS PLANES DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS DE EDUCACIÓN: PROPUESTAS, EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES

Javier Abad Molina

Resumen:

El Arteterapia, como aproximación terapéutica educacional a través del efecto terapéutico de los diversos lenguajes artísticos, puede ser una herramienta importante para maestros, educadores sociales y terapeutas ocupacionales que realizan su labor en distintos contextos educativos y clínicos con infantes, jóvenes y adultos, no sólo con algún tipo de necesidad educativa especial, discapacidad o problemática psíquica o social, sino también como búsqueda de desarrollo personal (físico, psíquico o social) y la integración de lo corporal, lo emocional y lo afectivo. En este artículo se presenta una experiencia concreta de la asignatura de Arte Terapia dentro de los planes de estudios de formación de educadores y terapeutas en el ámbito universitario.

1. Propuesta de una asignatura de Arte Terapia. Objetivos, metodología y programa:

“Terapia Ocupacional a través de la Expresión Plástica: Arte Terapia” es una asignatura optativa semestral de 5 créditos dentro de los planes de estudio oficiales de Magisterio, Educación Social y Terapia Ocupacional (diplomaturas) y de libre configuración para Psicopedagogía (licenciatura) del Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle de Madrid. El curso académico se puede complementar además, dentro de la oferta de la “Escuela de Innovación Educativa”, con la realización del curso de 12 horas “Arte Terapia y Desarrollo Personal” impartido por la doctora en Bellas Artes y Arteterapeuta Gestalt, Elvira Gutiérrez.

La propuesta se fundamentó en su origen a partir de la realización del curso “Arte Terapia” del programa de doctorado del Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica, impartido por la doctora Noemí Martínez Díez en la Facultad de Bellas Artes de Madrid y con la intención de integrar el Arteterapia en el ámbito educativo.

Para el desarrollo del programa de la asignatura, además de la asesoría y colaboración de Elvira Gutiérrez, también han participado las profesoras del Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle, Ángeles Ruiz de Velasco (Formación Psicomotriz de Bernard Aucouturier) y Pilar Relaño (Técnicas de comunicación corporal y Terapia Gestáltica). En

el programa de la asignatura, el Arte Terapia se describe y presenta de la siguiente manera:

1.1. Definición:

El Arteterapia capacita para la ayuda y mejora personal y/o colectiva, utilizando las propiedades de los medios y materiales artísticos y favoreciendo la comunicación a través de los procesos de creación de imágenes, la respuesta a esos productos creados y la reflexión sobre las capacidades de la persona, sus circunstancias e intereses. El Arteterapia hace más hincapié en el proceso de trabajar con imágenes que en el producto final, a la vez que sirve como vía de conocimiento personal a través de la creación artística.

1.2. Objetivos de la asignatura:

1. Entender la práctica artística como desarrollo personal y como vehículo para la mejora social, física y psíquica.
2. Expresar y descubrir el “yo” a través de la realización de experiencias que sirvan como afirmación de la identidad personal (expresión y proyección de sentimientos, conflictos y pensamientos) y para la construcción de significados que faciliten la comprensión del entorno (físico, cultural y social).
3. Alcanzar una visión global de las posibilidades de las artes como instrumento de comunicación y como medio de integración e intervención en campos y colectivos específicos, tomando conciencia de los distintos contenidos y procesos psicológicos del desarrollo humano dentro del lenguaje plástico y del hecho artístico en general.
4. Dotar al alumnado de un bagaje material y didáctico para aplicar el Arte Terapia a través de las áreas de expresión en los distintos grupos de intervención educativa, aplicando los procesos de percepción visual y del lenguaje artístico.
5. Desarrollar la expresión y aspectos de la creatividad como medio de satisfacción y mejora personal dotando a los alumnos/as de los conocimientos adecuados, tanto artísticos, históricos y metodológicos, para ser aplicados en el Arte Terapia.
6. Conocer distintos tipos de necesidades educativas especiales para su posterior tratamiento e intervención a través del arte, sensibilizando al alumnado sobre las diversas dificultades que pueden acontecer y dotarles de los instrumentos oportunos para su mejora y/o resolución.
7. Estimular las capacidades propias de la persona y entender el arte como una práctica curativa que ayuda a armonizar y a integrar en la intervención terapéutica mediante la práctica artística.

1.3. Metodología:

- Técnicas de autoconocimiento, sensopercepción y de expresión personal a partir de la realización y análisis de imágenes y la práctica de experiencias corporales de forma individual y colectiva.
- Conocimiento de intervenciones educativas y terapéuticas concretas mediante técnicas plásticas y la práctica artística en general, aplicables en los distintos ámbitos educativos de formación del alumnado.
- Comentario de bibliografía y artículos de Arteterapia, visita a páginas web, visionado de videos, análisis de dibujos y discusiones en grupo sobre las experiencias realizadas y los contenidos de la asignatura.
- Comentario de la obra de artistas y visita a exposiciones de interés para la comprensión y práctica del Arteterapia.
- Reflexiones y comentarios personales por escrito.
- Realización de un proyecto personal de aplicación y desarrollo del Arteterapia en el ámbito educativo, social o clínico.

1.4. Programa de la asignatura (5 créditos):

Tema 1: Arte y Terapia (1 crédito).

- 1.1. Definición y relación de conceptos: Arte y Terapia.
- 1.2. Antecedentes, precursores del Arteterapia y autores: (*Winnicott* y el “*objeto transicional*”, *Naumberg*, *Kramer*, *Dalley*, *Maslow*, etc).
- 1.3. Aproximaciones terapéuticas del Arte y sus aplicaciones en los distintos ámbitos de intervención. Metodologías, procesos y experiencias. Rol y formación del Arteterapeuta.
- 1.4. Semiología del arte contemporáneo. Arte y conducta artística.
- 1.5. Aspectos psicoanalíticos del Arte: procesos secundarios y primarios.
- 1.6. Aspectos antropológicos del Arte. Manifestaciones artísticas y simbología de las distintas culturas. Ejemplo: el *Primitivismo*.

Tema 2: Psicología y lenguaje de las imágenes (1 crédito).

- 2.1. Perspectivas psicológicas del Arte y la Educación. Aspectos psicológicos de la comunicación y la respuesta emocional.
- 2.2. El símbolo y la metáfora. El lenguaje de la imagen. Procesos creativos en la producción de imágenes, métodos y materiales. Percepción y análisis de la imagen y la Cultura Visual.
- 2.3. Experimentación sensible del “yo” y del entorno: desarrollo sensorial y espacial. La comunicación y el lenguaje no-verbal.
- 2.4. Actividades de expresión, técnicas gráfico-plásticas y experiencias de percepción. El juego y la Expresión Plástica. La pintura sensoriosa.
- 2.5. Aplicaciones de las actividades de Arte Terapia a los distintos colectivos educativos y ámbitos de intervención.

Tema 3: El Arte como terapia (1 crédito).

- 3.1. Función social del Arte.
- 3.2. Arte marginal y Arte espontáneo : El “*Arte Bruto*” de Dubuffet.
- 3.3. Artistas que han relacionado el Arte y la Terapia: *Louise Bourgeois, Frida Khalo, Ana Mendieta, Rebecca Horn, Mona Hatoum, Zush, etc.*
- 3.4. Genio y locura: *Goya, Van Gogh, Dalí, Munch, Ensor, etc.*
- 3.5. Arte y enfermedad: *Pepe Espaliú: Arte y SIDA.*
- 3.6. El cuerpo en el Arte. Los objetos relacionales: *Lygia Clark.*
- 3.7. Arte y género. Arte e identidad.
- 3.8. Manifestaciones extremas del arte: *Marina Abramovic y Orlan.*
- 3.9. La expresión gráfica de colectivos marginales. Ejemplo: la colección “*Prizhorn*” de arte marginal.

Tema 4: El ámbito educativo del Arteterapia (1 crédito).

- 4.1. Aspectos clínicos y terapéuticos del Arteterapia desde el dibujo, la pintura, el modelado o la música. Trascendencia del proceso creativo. Consideraciones estéticas de la terapia artística.
- 4.2. Arteterapia y Educación. Diferencias entre enseñanza y terapia. Fases de la actividad artística y evaluación.
- 4.3. Iconografía y análisis de los dibujos infantiles. El animismo. Tests proyectivos en el ámbito educativo: test de la casa, el árbol y la familia. Análisis del área gráfica y de los contenidos. El garabato y el mandala.
- 4.4. La expresión gráfica desde la dificultad y la discapacidad (física, psíquica o sensorial). Necesidades educativas especiales.
- 4.5. La imagen corporal. La representación del cuerpo desde la dificultad.
- 4.6. Introducción a la Terapia Psicomotriz de *Bernard Aucouturier*. El apego.
- 4.7. Introducción a la Psicoterapia individual y de grupo. Técnicas de comunicación y expresión dramática: el Psicodrama.
- 4.8. Introducción a la Terapia *Gestáltica*: gesto, forma y movimiento. El darse cuenta o “*awareness*”. Percepción de los ritmos corporales.

Tema 5: Proyectos de aplicación del Arteterapia (1 crédito):

- 5.1. Campos de aplicación del Arteterapia: Intervención educativa a través de los aspectos transversales y proyectos de globalización, acciones y estrategias. Prácticas y aplicación del Arte Terapia en la Educación Infantil, Primaria, Especial, Social y en la Terapia Ocupacional.
- 5.2. Proyectos de intervención educativa relacionados con el Arteterapia en las nuevas tendencias de la Educación Artística. Ejemplos: el programa de intervención educativa a través de las artes: MUS-E. La experiencia de CREI-SANTS, la asociación “RAIS”, etc.
- 5.3. La Danza Terapia. La experiencia del Psicoballet de *Mayte León*.
- 5.4. La performance, el body-art y los rituales del arte.

1.5. El proyecto personal:

Este proyecto consiste en la elaboración de un trabajo personal y/o de aplicación práctica del Arteterapia en un contexto educativo o de intervención terapéutica a partir de las experiencias realizadas en el aula, la bibliografía consultada y la aportación teórica realizada desde la asignatura. En definitiva, reunir un conjunto de materiales y experiencias que presenten las ideas y conceptos que el alumno/a ha asimilado durante el curso en la relación entre Arte y Terapia. Esta actividad está diseñada para establecer un diálogo a través de tutorías personalizadas y un seguimiento del progreso del estudiante con el fin de crear una pauta de evaluación del curso lo más objetiva posible.

El formato de este proyecto personal puede concretarse en forma de trabajo escrito, dossier, presentación multimedia, exposición, vídeo, caja, carpeta, etc. Debe contener una reflexión en profundidad sobre la experiencia personal del trabajo, así como la documentación escrita o audiovisual sobre los procesos realizados.

Los temas elegidos por los estudiantes para la realización de este proyecto personal suelen ser, como ejemplo, la realización de un “diario de imágenes”, análisis de dibujos o representaciones gráficas realizados por distintos colectivos, realización y puesta en acción durante el curso de un proyecto como ayuda para colectivos desfavorecidos o en riesgo de exclusión (suele ser abordado mayoritariamente por los estudiantes de Educación Social), colaboración en asociaciones, instituciones y entidades de integración social o de promoción y desarrollo de la interculturalidad a través de las artes, investigación en Internet sobre páginas web relacionadas con el Arte Terapia o creación de una página propia, estudio y desarrollo del arte como ayuda terapéutica para las distintas discapacidades y necesidades educativas especiales, colaboración directa con Arteterapeutas, trabajos y exposiciones sobre algún artista marginal o ejemplo de “Arte espontáneo”, experiencias en centros educativos, centros hospitalarios, centros de mayores, centros de acogida, etc.

2. Algunas de las actividades y experiencias de Arteterapia realizadas:

Describimos a continuación tres de las propuestas más significativas para los estudiantes dentro del programa de la asignatura.

2.1. Realización de un “diario de imágenes”:

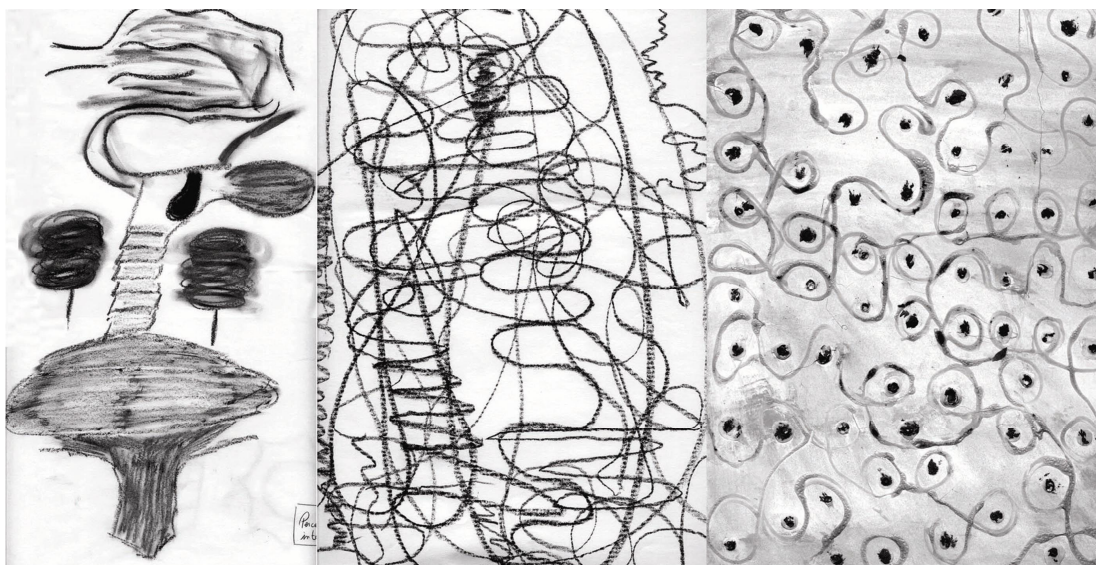
La realización de un diario de imágenes es una propuesta de trabajo personal en formato libre y consistente en realizar una serie de imágenes realizadas a partir de cualquier técnica plástica (pinturas, collages, dibujos automáticos, intervenciones en fotografías, etc). Cada página debe estar fechada y comentada en su parte posterior mediante una reflexión personal que describa los procesos de transformación personal sucedidos durante la realización y posterior análisis de la imagen. A los estudiantes se les ofrece el siguiente texto a modo de motivación, basado en la experiencia personal y artística descrita en el libro “Arte Terapia” (ALLEN, 1997).

Acerca de las imágenes. “El arte es mi forma de saber quien soy yo” .

El Arte terapia hace más hincapié en el proceso de trabajar con imágenes que en el producto final, a la vez que sirve como vía de conocimiento personal a través de la creación artística. Cada persona tendrá una única manera de hacer, originada en las innumerables posibilidades que ofrece la creación de imágenes. Lo único que hace falta es el valor de enfrentarse a uno mismo/a y los medios de dejar una huella sensible. Es decir, las historias ya están dentro de nosotros esperando a ser contadas, necesitan hacerse presentes a través del medio más oportuno.

Las imágenes las podemos experimentar a través de los sueños (que utilizan el lenguaje visual), la imaginación y también a través de los sentidos cuando nos evocan recuerdos. Todos nosotros tenemos imágenes internas de nuestro ser, podemos visualizar rostros de personas que no conocemos y de lugares donde jamás hemos estado. La imagen es poderosa y la creación artística es el proceso de dar forma y hacer realidad esas imágenes (DALLEY, 1987).

Las huellas que dejamos durante este proceso de creación, no tienen por qué ser valoradas de acuerdo con ningún criterio ajeno, sino de acuerdo con nuestro propio sentido interior de lo que es verdad. El valor que demos a esas imágenes y las historias que nos aporten, es una cuestión absolutamente personal. También nos permiten recuperar algo de lo que se pierde al crecer, la capacidad de experimentar la plenitud de los sentimientos en un solo instante.



“Recorridos y ritmos interiores de mi cuerpo”. Visualización y representación de los ritmos corporales (pulso, respiración, sensaciones interoceptivas, etc.). La estudiante que realizó estas imágenes escribió como reflexión al dorso: “creo que existe una gran conexión entre la vida anímica y el color. El color es para los sentimientos y las emociones lo que el aire

es para el cuerpo. Las emociones respiran en el color. El color es el medio en el cual mis sentimientos fluyen libremente, laten con fuerza y se mueven. He viajado dentro de mi organismo y he tomado conciencia de la armonía que existe entre todas las partes. Todo es movimiento en nuestro cuerpo, todo es el sonido de mi silencio interior”.

La creación de imágenes es una vía de conocimiento, una forma de renovación personal, de romper barreras, de deshacerse de ideas gastadas y de hacer sitio a las nuevas, aunque estas imágenes no sean siempre bellas o consoladoras. Con frecuencia son crudas y misteriosas, desafiantes y provocadoras. Utilizan una comunicación simbólica que es inmediata y directa como proyecciones pictóricas inconscientes, lenguaje menos controlable que las expresiones verbales. Por medio de la creación artística se alivian pérdidas, desengaños, pequeños o grandes dolores que la vida misma va creando. Muchas personas, artistas o no, han tomado la creación artística como un camino espiritual, abierto a todos y que no requiere más “talento” que el de vivir cada día. El arte como vía de conocimiento constituye un retorno a la participación directa en la vida y como actitud sensible de apertura hacia el poder que tienen las imágenes de conmovernos el alma.

La creación de un diario de imágenes puede resultar una experiencia personal única para aquellos que sospechan que hay mucho dentro de sí mismos por conocer y se imaginan que pueden obtener mucho placer del color, la forma y del gesto gráfico. Las imágenes exigen que nos confrontemos con nosotros mismos, con nuestros miedos y creencias, con nuestra resistencia al cambio. Una vez que sabemos cuáles son nuestras verdaderas convicciones, podemos permitirles evolucionar y cambiar si no nos sirven o no nos gustan.

Este trabajo también se puede realizar con alguna persona o personas con las que quieras compartir esta experiencia como forma de establecer una mejor comunicación o para profundizar en las relaciones personales. Crea las imágenes en colaboración, hablando durante el proceso o permaneciendo en silencio. Intenta establecer un diálogo sin palabras, percibe a la otra persona a través de un retrato, un dibujo realista o simbólico, manchas de colores, formas modeladas, etc. Acepta e intenta comprender lo que aparece y exprésalo. Recuerda que la creación artística básicamente es comunicación. El Arteterapeuta Shaun Mc Niff (ALLEN, 1997) dice que las imágenes nunca vienen para hacernos daño, que nuestros miedos existen para protegernos de lo que creemos que nos es perjudicial.

Para comenzar la primera imagen de tu diario, si no pretendes iniciarlo a través de una experiencia personal vivida recientemente, quizá debas recurrir a imágenes mentales sencillas. Intenta traducir éstas en sensaciones, formas y colores. Todo eso hace surgir las imágenes que llevamos dentro de nosotros. Recrea después, como si de ilustrar un poema se tratara, un sueño, un recuerdo, una sensación agradable o sitúate en un punto dado de tu vida en el que cometiste un error o sucedió algo que te gustaría cambiar y hazlo, dibújalo, píntalo o dale forma con arcilla. La creación de imágenes es una forma de llegar hasta los sentimientos y de escoger entre lo real y lo ficticio de la vida, las imágenes permiten realizar el viaje de regreso hasta el momento donde dejaste algo inacabado. El primer paso

es, sin buscar resultado alguno, empezar a practicar la percepción. Juega con las diferentes formas que te permite ser consciente de lo que te rodea con los ojos cerrados. Cuando aparezcan las imágenes, piensa cómo han llegado a estar delante de ti, descansa en lo que ves y permite que esas percepciones repongan tus energías.

Sueña con el lápiz. Dibujar es como pensar dejando constancia de ello sobre un soporte. Sin actuar, nuestras intenciones no pueden manifestarse y se quedan solamente en deseos. Los dibujos son como mapas personales, radiografías de nuestra conciencia, establecen un diálogo interior, recuperan fragmentos de conversaciones, recuerdos, sensaciones, etc.

Como cualquier otra actividad, la creación requiere de tiempo y concentración. El tiempo que le dediques al trabajo lo debes marcar tú y aunque consista únicamente en una sesión semanal, ésta deberá ser lo más intensa posible. Prepárala mentalmente durante el resto del tiempo y carga de imágenes tu imaginación. De esa manera, estarán preparadas para cuando las necesites. Una vez realizada la imagen debes mirarla y reflexionar, quizá tengas alguna reacción física ante alguna de tus obras, lo bonito y grande no es mejor que lo feo y pequeño.

Antes de escribir, contempla tu obra, recuerda la situación con la que empezaste. ¿Qué te muestra lo que ahora permanece delante de tus ojos?, ¿qué refleja?, ¿qué ha cambiado?. Si no te dice nada en principio, déjalo. Vuelve sobre ello más tarde, es posible que otro día o en otro momento el mensaje se te ofrezca de forma más clara. Se está desarrollando un proceso, aunque quizá no seas consciente de ello. No pretendas intelectualizar tus emociones ni dar una explicación a las revelaciones que ante ti van a suceder. En palabras de Allen: *“Confía en ti, confía en la imagen, confía en tu alma”*.



(Izquierda): diario de imágenes “de bolsillo” realizado por una estudiante durante varias semanas en la sala de espera de un hospital. En él fue dibujando y anotando todas sus impresiones, ideas y sentimientos en relación a la evolución de la enfermedad de su madre.

(Derecha): collage y dibujo tomado del diario de otra estudiante, con el título “*Mis días malos*”. El objeto elegido como soporte y el tipo de trazo apoyan el contenido del mensaje expresado.

La realización de los diarios de imágenes, en reflexiones hechas por los mismos estudiantes, suponen una experimentación vivenciada en la representación y construcción de su propia identidad. Crean significados y encuentran el sentido a los gestos rutinarios y cotidianos de sus vidas, toman conciencia de sus potencialidades y energías, crean oportunidades para sentir, percibir, explorar, expresar, crear y comunicar. Se nutren de percepciones antes no reconocidas y revisan recuerdos y percepciones aprehendidas por los sentidos, ponen en cuestión las apariencias, las formas de mirar la vida y su entorno emocional, definen y expresan sentimientos a través de la propuesta de recuperar, ampliar, expresar y mostrar aquellas cosas que han reprimido u olvidado, sirven de control de la angustia, la búsqueda del equilibrio y el sano ejercicio de la mirada sensible. En definitiva, de manera vivenciada, les sirve para reconocer y expresar emociones y relacionarlas desde nuevos puntos de vista a nivel personal y también profesional.

2.2. Arte y enfermedad. El proyecto “Carrying” de Pepe Espaliú:

“*Carrying*”: llevar, levantar, tomar en brazos, separarse del suelo, quitar peso, hacer liviano, soportar, llevar el peso o la carga, ayudar, sufrir, transportar, llevar lejos, desplazar. *Carrying* es también el nombre anglosajón que se da a la acción humanitaria de apoyo a los enfermos en fase terminal, ya que *Carrying* puede confundirse con “*caring*”: cuidar, ocuparse de alguien.

Dentro del apartado “Arte y enfermedad” del programa de la asignatura e intentando hacer coincidir esta sesión con el día Internacional contra el SIDA, se realiza la lectura y reflexión del manifiesto “*Retrato de un artista desahuciado*” escrito y publicado por el artista malagueño *Pepe Espaliú*, (fallecido a causa de esta enfermedad) en el diario *El País*, el 1 de diciembre de 1992, como un testamento personal y artístico. Algunas de las frases que más impactan a los estudiantes de este texto y que son comentadas, son:

“... Algunos creen que el arte es una forma de entender el mundo. En mi caso, siempre fue la manera de no entenderlo, de no oírlo. Comencé haciendo del arte una topera en la que sobrevivir en el subsuelo, manteniéndome ajeno y protegido de una Realidad que siempre viví insoportable”.

“Agradezco al SIDA esta vuelta impensada a la superficie, ubicándome por primera vez en una acción en términos de Realidad. Quizás esta vez, y me es indiferente si se trata de la última, mi hacer como artista tiene un sentido pleno, una absoluta unión con un límite existencial que siempre rondé sin conocerlo del todo, bailando con él sin llegar nunca a abrazarlo. Hoy sé cual es la verdadera dimensión de ese límite. Hoy he dejado de imaginarlo. Hoy yo soy ese límite”. (ESPALIÚ, 1992)

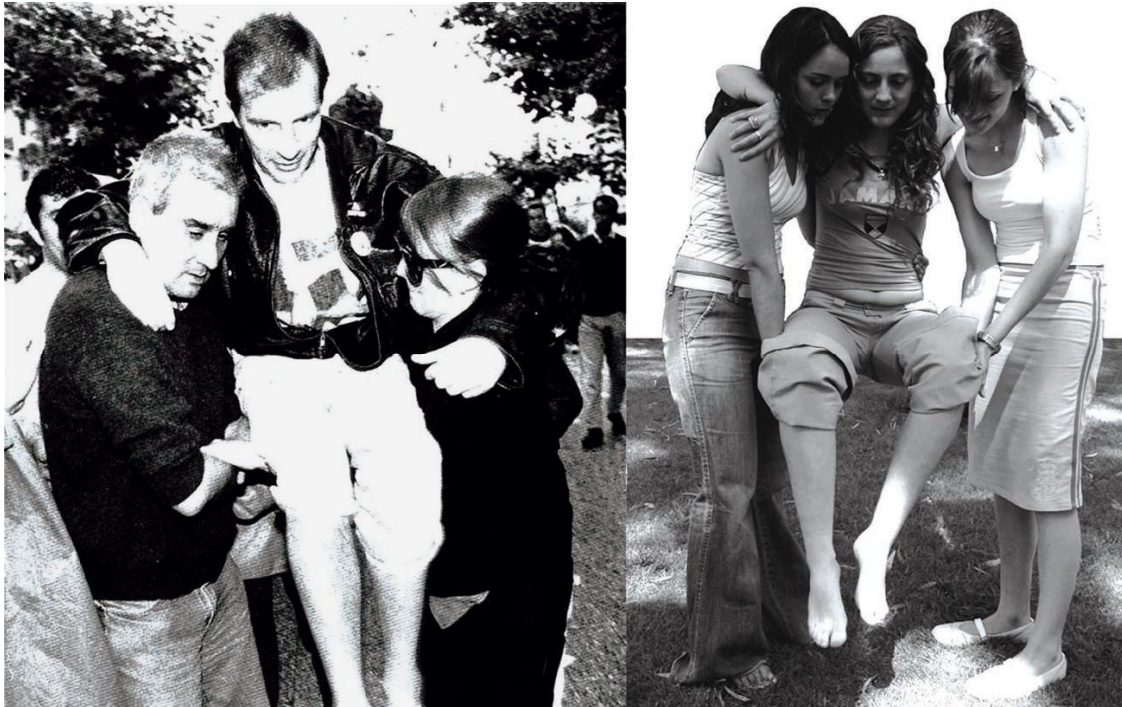
Pepe Espaliú, en su arte y en su vida, desarrolló una labor de ineludible referencia para comprender la relación entre arte y terapia donde se diluye la frontera que existe entre la actividad artística y la experiencia existencial, vinculada a todos los avatares de su vida, en los que podemos encontrar las claves fundamentales para acceder a su obra artística. Otras imágenes y símbolos que también empleó fueron el nido, el refugio, la silla, los desdoblamientos de la imagen, el entrelazado, la repetición, etc.

El marco referencial de la obra de *Espaliú* es amplio y complejo: la obra como doble del artista, el artista como reflejo de lo social, la obra como apelación de lo social, la obra como voz del artista. Su terapia es, ante todo, la voluntad de manifestar un malestar, la convulsión que arranca de la crisis del pensamiento y que conduce a la enfermedad del cuerpo como una previsión de su propio final, materializado en la imagen del desgarró y la escisión.

La sesión continúa después con el visionado y comentario de las obras más significativas de este artista y la reflexión sobre el proyecto de *Pepe Espaliú* “*Carrying*” donde se aúna la visión poética y alegórica del arte a través de la acción, haciendo partícipe al espectador con una perturbadora sencillez de los temas tratados: la falta de comunicación, el miedo, la enfermedad, etc.

El proyecto “*Carrying*”, de gran difusión en los medios de comunicación, consistió en el transporte en volandas del artista descalzo por numerosas personas, realizando una cadena humana de cortos trayectos, dentro de un itinerario previsto y que terminó en las puertas del Centro de arte Reina Sofía de Madrid. En esta acción participaban otras personas relacionadas con la cultura, pero también hombres y mujeres que de forma espontánea colaboraron en esta performance que permanece como una bella metáfora de la comunicación y la solidaridad.

La estrategia de presentación pública de la acción “*Carrying*” supone una nueva ubicación social de la acción artística, en un fluir constante de mensajes y significados que alcanzan más allá de los límites del propio cuerpo.



***“Carrying”:* Performance durante la cual el artista enfermo es conducido por dos personas que cruzan sus brazos formando una especie de asiento. Esta acción de 1992, cuando el artista ya muy debilitado fue porteado en andas, como un proceso ritual, por las calles de Madrid y San Sebastián, da fe de su compromiso por la lucha y el reconocimiento de los enfermos de SIDA.. Los estudiantes, inspirados en la obra de Espaliú, realizan en pequeños grupos, acciones simbólicas de solidaridad, comunicación, apoyo, seguridad y sostenimiento.**

Las obras más conocidas de Espaliú están realizadas con jaulas y muletas ortopédicas, como ejemplo de la percepción del mundo desde su "status" de enfermo de SIDA y también como metáfora referida al desplazamiento, al hecho de aislarse del suelo, a la imagen de transporte asistido, alegoría de amor, del sustento, de la comunicación y de la enfermedad, de la necesidad de desvincularse de las ataduras físicas y materiales para dar paso únicamente a los lazos que estrechan los espíritus, como un sistema de conocimiento de uno mismo, como una autoconciencia del existir. El artista es también un ser social, cuyas acciones pueden y deben tener una resonancia especial. A través de esta performance de carácter simbólico, Espaliú insiste en el aspecto humano, de la enfermedad a través de acciones reales, directamente visibles y legibles, sin caer en una estetización de la enfermedad.

Todas estas coordenadas desde lo emocional sirven a los estudiantes para realizar sus acciones (cercanas a las propuestas de la psicoterapia), donde descubren valores añadidos al hecho artístico como el compromiso, la ética, la implicación y la participación en política social, etc.

2.3. Lygia Clark: El cuerpo como lugar de la experiencia:

“El arte es el cuerpo”. *Lygia Clark*.

Dentro de las propuestas desde lo corporal y los rituales del arte, se toma a *Lygia Clark* como ejemplo ya que su obra (actos simbólicos de participación y experiencias sensoriales), intenciones y vivencias tienen un claro cariz pedagógico.

Para la artista brasileña *Lygia Clark*, el arte era un ritual que posibilitaba la participación para descubrir y recomponer la propia realidad física y psíquica y como lugar de la experiencia singular y de estimulación recíproca. Su obra tiene implicaciones hacia la filosofía, la psicología, la ciencia, la cultura y la vida en general. En su obra, el espectador se convierte en paciente de una terapia a través del arte, creada para cualquiera que esté dispuesto a experimentar una forma de conocimiento interior en el proceso de reinventar la propia existencia.

Con los “*objetos relacionales*”, su última obra, la artista se acerca todavía más a este objetivo. Utiliza rituales y objetos significativos: bolsas de plástico, piedras atadas entre sí mediante gomas, telas llenas de aire, de agua, de arena o poliestireno, tubos de caucho o de cartón, trapos, medias, conchas, miel, saliva y otros muchos objetos inesperados que se desparramaban por el espacio poético que creó en una habitación de su casa y que denominaba su “consultorio”. Se trataba de elementos de un ritual poético que la artista utilizaba como inductores de experiencias sensoriales y simbólicas a nivel individual y colectivo de maternaje, disolución corporal, renacimiento, regresión, reaseguración, integración y conciencia de los límites corporales a través de la manipulación, contacto y potencialidades de estos objetos.

Lygia Clark hablaba de sus “*objetos relacionales*” como objetos que pueden expresar significados diferentes para diferentes sujetos o para un mismo sujeto en diferentes momentos, integrándose en la parte viva de la persona a través de ese nuevo significado. Formalmente, los “*objetos relacionales*” no presentan analogía con el cuerpo, pero crean con él relaciones a través de la textura, peso, tamaño, temperatura, sonoridad y sus contrastes: lleno y vacío, cálido y frío, pesado y ligero, etc.



(Izquierda): Creación de un cuerpo colectivo. Éste se compone de un grupo cuyos integrantes viven propuestas conjuntamente y elaboran una identidad común donde todos participan, se tocan y se comunican en una celebración corporal a modo de intercambio afectivo donde se crea la necesidad del otro. (Derecha): Recreación como experiencia sensorial de la obra de Lygia Clark *“baba antropofágica”* en la que una estudiante es cubierta de hilos previamente calentados con el aliento y temperatura corporal de los demás participantes.

A partir de esta propuesta artística podemos pensar que la sensación corpórea propiciada por un objeto con ciertas características sensoriales y simbólicas puede ser el punto de partida para realizar experiencias de juego dramático y performances (JENNINGS, 1979). En la búsqueda de materiales para trabajar con los estudiantes la expresividad corporal y el juego simbólico a partir de la propuesta de los *“objetos relacionales”* de Lygia Clark, pensamos en la posibilidad de realizar experiencias sensoriales con los siguientes materiales: plástico de burbujas y ovillos de hilo o de lana. Ofrecen la posibilidad de crear metáforas de envoltura corporal en un proceso que incrementa la estimulación de los sentidos y las percepciones con una intensidad inquietante y placentera a la vez, concepto cercano al body-art o performance como un ritual de elaboración consciente del símbolo.



Experiencia sensorial de envoltura corporal realizada por estudiantes con plástico de burbujas como metáfora de la piel, placenta, nido, refugio, burbuja de protección o espacio de seguridad. El espacio donde se desarrolla la experiencia no es sólo un elemento físico dónde se desarrolla la acción puede ser un elemento simbólico que conlleva una carga emocional y es el medio de relación con los otros, creando situaciones con significación plástica y dramática.

Las experiencias realizadas por los estudiantes descubren un mundo sensorial a través de la textura, peso, sonido, elasticidad, forma y cualidades específicas de los objetos utilizados como elementos simbólicos en la relación con los otros.

3. Valoración de la experiencia desde la asignatura de Arte Terapia:

El Arte Terapia, además de herramienta pedagógica en el ámbito de la formación de educadores, debe usarse para enriquecer el mundo personal de las percepciones, mejorar la calidad de vida y como ayuda para integrar diferentes formas de pensamiento y acción, siendo indispensable la creación en el aula de un marco de afectos y de seguridad que faciliten la espontaneidad de la expresión, la confianza y la comunicación de los estudiantes que cursan la materia.

Es importante recalcarles que todas las personas, tengan o no tengan preparación o cualidades artísticas, poseen la capacidad de proyectar bajo formas creativas (verbales, visuales, auditivas o cinestésicas) su rico mundo interior, situando de esta manera el Arte Terapia lejos de la idea de ser una mera terapia ocupacional o un método de detección o diagnóstico clínico. Desde sus valoraciones y comentarios a través de la asignatura, los estudiantes expresan una transformación personal a través de las nuevas posibilidades ofrecidas para la expresión de sus emociones y la inmersión en el “aquí y ahora” (STEVENS, 1976).

Se muestran más conscientes de los valores éticos del arte como vía de conocimiento, más allá de sus necesidades de formación como maestros, educadores o terapeutas. Expresan sentirse mejor preparados para ayudar a los demás y desempeñar su labor profesional que es también de transformación personal y social, sensibilizados por el alcance del contenido emocional de las experiencias realizadas en el aula que les capacita mejor para la escucha interna y externa, además de servir como crecimiento personal.

Entienden de esta manera el sentido trascendente que el Arte Terapia posee, más allá de lo meramente académico, no sólo para la expresión de ideas o sentimientos, sino para la transformación y revisión de los significados y valores que otorgaron a esas mismas ideas y sentimientos.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLEN, P.B. (1997). *Arte terapia*. Madrid: Gaia.
- DALLEY, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Herder.
- GUTIERREZ, E. (1999). Arte Terapia con orientación Gestáltica (Tesis doctoral), Editorial Universidad Complutense de Madrid.**
- JENNINGS, S. y cols. (1979). *Terapia creativa*. Buenos Aires: Kapelusz.
- ESPALIÚ, P. (2003). *Pepe Espaliú*, Madrid: Centro de Arte Reina Sofía.
- STEVENS, J. (1976). *El darse cuenta*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

EL VALOR DEL ARTE Y DEL DIBUJO COMO TERAPIA Y DETECCIÓN DEL MALTRATO EN LA INFANCIA

Beatriz López Romero

Del 19 al 23 de noviembre de 2001 el espacio de la recepción del CSEU La Salle se transformó en una improvisada Sala de Exposiciones donde se pudieron contemplar pinturas y dibujos de niños y adolescentes víctimas del maltrato. El acto fue completado con una charla-coloquio que tuvo lugar en el Auditorio el día 20 de Noviembre, Día Universal del Niño.

El mismo año la exposición fue publicada en Roma en el Boletín Internacional de Hermanos de las Escuelas Cristianas con motivo del monográfico sobre los Derechos del Niño.

En Octubre de 2003 la exposición viajó al Centro Municipal de Pumarín, en el marco de la IV Jornadas de la Escuela de Animación Sociocultural de Gijón, organizadas por la Asociación Cultural ASTURACTIVA.

¿Qué es el maltrato infantil?

Según el material de difusión que elabora el Organismo del Defensor del Menor de la Comunidad Autónoma de Madrid, un niño sufre maltrato cuando se le causa “daño” de una forma no accidental o cuando no recibe la atención y cuidados que necesita para crecer y desarrollarse.

El maltrato puede adoptar distintas formas:

Maltrato emocional, cuando se hiere al niño de forma verbal mediante burla, desprecio, insulto, amenaza o impidiendo sus iniciativas de interacción social. Los niños son desprovistos de sentimientos de amor, afecto y seguridad.

Maltrato físico, cuando se causa daño físico o enfermedad al niño de forma intencionada. Las secuelas de este tipo de maltrato suelen ser las más evidentes.

Abuso sexual. Cualquier acción con contenido sexual dirigida al niño con o sin su consentimiento. Esta acción puede ser verbal, contactos físicos cuya finalidad sea la satisfacción de quien lo propone, hacer que el niño vea revistas, películas o escenas pornográficas.

Abandono o negligencia, se produce cuando los adultos responsables de la atención y cuidado del niño, a pesar de disponer de los medios necesarios, desatienden sus necesidades básicas de alimentación, vestido, seguridad, asistencia médica, educación y afecto, de forma temporal o permanente.

Los malos tratos pueden darse en distintos contextos; en la familia o en el entorno social en el que se relacionan los menores. El maltratador puede pertenecer a todos los niveles económicos y clases sociales. La mayoría son “gente normal”, pero con serios problemas personales. Muchas de estas personas, incluso quieren a los niños que maltratan. No se trata de buscar culpables, pero sí de tener la suficiente información para poder reconocer a estas personas que suelen presentar unos rasgos y tipo de comportamiento comunes, y poder así resolver este grave problema.

El Grito de un Pincel.

Esta exposición y charla-coloquio se organizaron como complemento de la asignatura optativa de Arte terapia que impartí desde el curso 1999-2000 en la Diplomatura de Terapia Ocupacional. La iniciativa surgió como necesidad de hacer pública una realidad, que lamentablemente existe, el maltrato en la infancia. Y con el objetivo de dar a conocer aspectos del arte que, generalmente, son desconocidos entre los estudiantes como son: su valor terapéutico, de expresión y comunicación.

Con el fin de aunar todos los aspectos de interés relacionados con el maltrato, conté con la inestimable colaboración de profesionales del derecho y la asistencia psicológica y con el valioso testimonio de alguien que sufrió el maltrato en su infancia.

La muestra contó con el espacio inmejorable de estar ubicada en una Escuela donde estudian futuros maestros, educadores sociales y terapeutas ocupacionales, profesionales que pueden desempeñar un papel muy importante en la detección y actuación ante el maltrato infantil junto con otros colectivos profesionales: personal sanitario, psicólogos, etc.

Contenido de la exposición.

La exposición mostraba trece dibujos de niños que sufren el maltrato físico, psíquico o el abuso sexual. La mayoría de los dibujos fueron realizados por niños en tratamiento psicológico. Se les pidió que dibujasen una familia o su autorretrato, sin especificar más la temática.

Monstruos, fantasmas, calaveras y demonios. Sentimientos de tristeza, confusión, soledad y rabia estaban plasmados en sus dibujos. Imágenes ante las que nadie quedó impasible y que recogían mejor que las palabras el testimonio doloroso de los niños que padecen estas agresiones.

En contraste, la exposición contenía seis dibujos de niños que no sufren esta situación pero que emplean igualmente el dibujo como medio de expresión. Trazos y colores más dulces y armónicos, familias en un entorno feliz, y también la expresión de sus pequeñas preocupaciones constataba que el dibujo es un instrumento de expresión y comunicación muy importante para cualquier niño.

La tercera parte de la exposición mostraba la visión de una mujer adulta que fue maltratada en su infancia, los lienzos de Consuelo Suárez, quién encontró en el arte una vía de

expresión muy positiva para liberar su angustia y superar los traumas que marcarían su niñez.

La charla-coloquio.

El fin era informar y ofrecer pautas de actuación ante este problema. Desde los distintos ámbitos se intentaron resolver las dudas y preguntas referidas al marco legal sobre el maltrato en la infancia, cómo actuar, a dónde dirigirse y cuál es la obligación del adulto ante un caso de sospecha de maltrato infantil. Qué es el maltrato infantil, las causas y las consecuencias, la intervención y el tratamiento. Se insistió en la importancia de concienciar y sensibilizar a la sociedad de la necesidad de ayudar al menor, y en la importancia de denunciar este problema generalmente silenciado. Además, se intentó proporcionar la información adecuada para poder identificar el maltrato desde las primeras señales de alarma. Se definió qué es la terapia a través del arte, qué importancia tiene en personas con conflictos y cuáles son algunas de las características gráficas de los dibujos infantiles que nos permiten descubrir trastornos emocionales.

Consuelo Suárez compartió con los asistentes su experiencia personal y la importancia de que el adulto intervenga en la prevención y detección con la esperanza de evitar que otros menores vivan la confusión que ella misma vivió, precisamente porque su caso pasó desapercibido entre los adultos que podían haber intervenido. En el coloquio se manifestó como una mujer valiente y optimista que encontró en el arte el modo de canalizar su rabia y tristeza. Consuelo recibió terapia psicológica ya en la edad adulta por decisión propia. Su caso es un ejemplo que evidencia la importancia de la intervención del adulto en la detección del maltrato infantil y el valor terapéutico del arte.

Presidió el acto el Director del Centro y participaron como ponentes: Javier García Morodo, Abogado y Asesor del Gabinete Técnico del Defensor del Menor, Consuelo Suárez, pintora y colaboradora de la exposición “El grito de un pincel”, María Peñafiel, Psicóloga Clínica y Beatriz López Romero, Profesora de Arteterapia y coordinadora de “El grito de un pincel”.

El dibujo en el protocolo de detección del maltrato infantil.

El Grito de un Pincel permitió de manera muy próxima denunciar el maltrato en la infancia y mostrar, de forma evidente, cómo el lenguaje plástico puede ser una alternativa para manifestar lo que no se puede expresar con palabras.

El niño maltratado no suele exteriorizar verbalmente lo que le sucede, bien por temor, por sentirse amenazado, por avergonzarse de su situación o por sentirse culpable. Sin embargo, al dibujar puede expresar inconscientemente los sentimientos de angustia, miedo, rabia, etc. que vive en ese momento.

En psicología son conocidos los tests proyectivos, dentro de ellos, los proyectivos-gráficos que utilizan el dibujo como método de diagnóstico. Estos tests se emplean corrientemente en la solución de una amplia variedad de problemas prácticos. No sólo abordan características emocionales, motivacionales e interpersonales, sino aspectos intelectuales de la conducta del individuo. Así, el dibujo se muestra como un buen medio de diagnóstico

por el que el niño comunica su problema de forma inconsciente y al adulto le ofrece la valiosa posibilidad de conocer el problema e intervenir.

Específicamente sobre el maltrato, existe el llamado *protocolo de detección* en diversos ámbitos, escolar, sanitario, policial, etc., que sirve de información y formación para aquellos profesionales que están en contacto directo con el niño. El protocolo expone los síntomas, indicios e indicadores que sirven para alertar sobre cualquier tipo de maltrato e iniciar procedimientos de actuación. En la lista de indicadores aparecen indicadores físicos, emocionales y relacionales, conductuales, de aprendizaje, etc. y cuando un niño presenta un conjunto de ellos cabe la sospecha de que esté sufriendo algún tipo de maltrato.

Sin embargo, resulta llamativo que no se incluya como un indicador más, por su valor como medio de expresión y comunicación, el aspecto gráfico y lúdico en el niño que presuntamente pueda estar sufriendo malos tratos. Se debe conocer que, por sus efectos de catarsis, tanto el juego como el dibujo son los medios por excelencia mediante los cuales los niños pueden proyectar sus temores, angustias y conflictos o dificultades internas de una forma totalmente inconsciente.

Mientras el niño juega descarga sus tensiones y los juguetes se convierten en los medios para simbolizar sus conflictos. En el caso del dibujo, sucede algo similar, pudiéndose convertir en un impresionante testimonio gráfico.

Sería conveniente que se incidiera más en la ayuda que puede representar este lenguaje alternativo de las imágenes y prestar más atención a lo que los niños cuentan en sus dibujos. Recoger, a modo de protocolo, características y contenidos que permitieran que los educadores pudieran detectar el problema sin ser expertos en la interpretación psicológica de los dibujos.

La solución del problema empieza en la detección no en el diagnóstico, que queda en manos de los especialistas.

Los indicadores han de ser contemplados siempre dentro de un conjunto y son señales de aviso de que algo puede estar sucediendo. En los casos en los que el resto de los indicadores pasen desapercibidos como una señal de maltrato, el dibujo puede ser uno de los signos más claros y concluyentes.

A partir de la recogida sistemática de dibujos pertenecientes a niños maltratados de edades comprendidas entre 4 hasta 15 años y la observación de los rasgos que son comunes, he propuesto una sistematización de indicadores a través de las imágenes gráficas que forma parte del protocolo para la detección del maltrato infantil en el ámbito escolar y que sirvan posteriormente como instrumento de estudio y valoración para los profesionales especializados que deban intervenir y actuar en la protección del menor.

INDICADORES DE DETECCIÓN EN LAS IMÁGENES GRÁFICAS EN EL ÁMBITO ESCOLAR. (c)

Se trata de valorar la asiduidad (nunca, a veces, siempre) con la que se producen los siguientes rasgos en los dibujos de un niño: el uso del trazo, la utilización del color, la

disposición de los elementos del dibujo en el espacio, los tamaños, el contenido y su actitud ante el dibujo.

A. El trazo.	Nunca	A veces	Siempre
El trazo de sus dibujos es muy débil.			
El trazo es agresivo, la presión es muy fuerte al dibujar.			
Alterna presión débil y fuerte en el dibujo.			
Resulta un dibujo de trazo tembloroso, inseguro.			
Aparecen tachones sobre imágenes del dibujo.			

B. El color.	Nunca	A veces	Siempre
Ausencia de color en sus dibujos.			
Utiliza el color rojo o negro en casi todo el dibujo combinándolo con un trazo agresivo.			
Utiliza el amarillo de forma insistente.			
Suele realizar sus dibujos con colores oscuros.			
Empieza el dibujo con colores brillantes y después lo cubre todo, generalmente, con un color oscuro.			

C. La forma.	Nunca	A veces	Siempre
Utiliza formas picudas en todo el dibujo o para representar algún personaje u objeto.			
Las formas aparecen distorsionadas.			
Dibuja formas poco armónicas.			
Formas sin completar y falta cohesión, quedando afectado el acabado final.			

D. El espacio y los tamaños	Nunca	A veces	Siempre
Se dibuja pequeño y nunca en el centro del papel.			
Su dibujo ocupa un espacio muy reducido en el papel y el resto queda en blanco.			
Desproporción llamativa de algún personaje o partes del cuerpo.			
Algún personaje u objeto ocupa todo o casi todo el papel.			

E. El contenido	Nunca	A veces	Siempre
Sus dibujos tienen un contenido muy pobre y poco variado.			
Sexual: dibuja relaciones sexuales explícitas, remarca o dibuja las zonas genitales aún por debajo de la ropa, se dibuja con características adultas exageradas.			
Sangriento: dibuja escenas violentas, cuchillos manchados de sangre, charcos de sangre, personas o animales sangrando.			
Monstruos: dibuja personajes deformes con bocas muy grandes, dientes afilados, manos muy grandes, cicatrices, fantasmas.			
Muerte: dibuja calaveras, esqueletos, tumbas, la muerte como personaje, personas enfermas.			
Animales: dibuja escenas violentas entre animales, animales salvajes, serpientes.			
Personas: dibuja alteraciones significativas en la figura humana. Omisión de manos, boca, ojos. Ojos cerrados,			

dientes puntiagudos. Rostros tristes.			
---------------------------------------	--	--	--

F. La actitud ante el dibujo.	Nunca	A veces	Siempre
Rompe o arruga el dibujo una vez finalizado.			
No desea enseñar el dibujo a nadie.			
Su actitud es agresiva mientras dibuja.			
Se siente más tranquilo después de dibujar.			
Habla de su dibujo mientras lo realiza y explica el contenido pudiendo ser éste simbólico.			
No contesta y se siente molesto e inquieto ante preguntas acerca de su dibujo.			

Un porcentaje elevado en la columna *Siempre* es un indicador significativo de que es un niño de riesgo por lo que habría que iniciar el proceso de actuación ante el caso y efectuar una evaluación psicológica.

Un alto porcentaje en la columna *A veces* también sería indicativo proceder de la misma manera.

Valor terapéutico.

Mencionado el valor del dibujo en la detección del maltrato infantil cabe reseñar además sus cualidades terapéuticas.

Aunque las propiedades terapéuticas del arte y los beneficios de su práctica en el equilibrio general del ser humano se conocen desde la antigüedad, hace tan sólo dos décadas que las terapias del arte se reconocen como una disciplina independiente. Casi todas las actividades artísticas poseen numerosas cualidades que resultan equilibrantes: evasión, juego, relajación, satisfacción, etc. y que producen sensaciones de bienestar, permiten expresar, comunicar propiciando una auténtica catarsis y ofrecen la posibilidad de poder tratar y resolver problemas psicológicos, afectivos o sociales trascendiendo lo puramente estético.

El lenguaje de las imágenes además de facilitar la proyección de conflictos internos, permite normalizar reacciones y sentimientos sobre dificultades de comunicación o de conocimiento de uno mismo. Se sabe que un gran número de desequilibrios emocionales se origina por haber reprimido experiencias dolorosas que aún permanecen en el inconsciente y pueden seguir teniendo una influencia negativa sobre nuestra vida. Además, el lenguaje oral resulta insuficiente para muchos niños por su falta de dominio sobre el mismo por lo que emociones, deseos, situaciones puede reflejarlas mucho mejor a través de sus dibujos.

En nuestro país todavía no son muy conocidas y utilizadas las terapias del arte, pero existe un creciente interés y una mayor divulgación en los medios de comunicación. Intuyo que las técnicas de intervención modernas han de tener una concepción más holística del individuo e integrar otras formas complementarias que ayuden a resolver el problema.

Ser un miembro bien adaptado a la sociedad y contribuir en ella de algún modo, son objetivos de la psicoterapia y también lo deberían ser de la educación. Las áreas expresivas podrían contribuir de una forma mucho más eficaz a este objetivo si ocuparan realmente el lugar que les corresponde en el contexto educativo.

Para concluir, tan sólo, señalar el interés y el compromiso social que comprobé suscita el tema del maltrato en la infancia, y el descubrimiento que supuso para muchos, tanto el carácter terapéutico del arte, como la posibilidad de utilizar además unos indicadores gráficos para la detección de los malos tratos infantiles en el ámbito escolar.

La gran afluencia y participación del público en *El grito de un Píxel*, así como, que distintos medios de comunicación cubrieran ampliamente la noticia fue una buena muestra de sensibilidad y compromiso con la infancia.

Bibliografía.

- AUTORÍA COMPARTIDA (2001). *Revista de educación: Aula de Infantil. N° 1. Mayo-Junio*.
- DALLEY, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Herder.
- HARRIS, D.B. (1991). *El test de Goodenough*. Revisión, ampliación y actualización. Barcelona: Paidós.
- JIMÉNEZ, J.; OLIVA, A.; SALDAÑA, D. (1996). *Maltrato y protección a la infancia en España*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- KRAMER, E. (1982). *Terapia a través del arte en una comunidad infantil*. Buenos Aires: Kapelusz.
- LOWENFELD, V.; BRITAIN, W.L. (1982). *Desarrollo de la capacidad creadora*. Madrid: Kapelusz.
- LUQUET, H. (1978). *El dibujo infantil*. Barcelona: Editorial Médica y Técnica.
- PALACIOS, J.; MARCHESI, A.; COLL, C. (1991). *Desarrollo psicológico y educación*. Madrid: Alianza.

VV AA. (2002): Monográfico sobre Escuela y maltrato infantil. *Revista de educación: Cuadernos de Pedagogía*. 310.

VARONA, B. (1996). Los programas de prevención del maltrato infantil en el ámbito escolar. Comunidad de Madrid. *Bienestar y protección infantil*, 3.

Webs:

Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Protocolo de Facilitación de Detección de Malos Tratos a Mujeres y menores.

www.gobcan.es/funcis/difusion/pfdmt/index.html

Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. Prevención, detección, atención y tratamiento de situación.. www.comadrid.es/servicios_sociales/guia_2000/2_2_1.htm

Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario. www.comadrid.es/servicios-sociales/immt/progmalt/todo

Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil (ADIMA). www.derecho.org/comunidad/adima

Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos a la Infancia. (APIMM). www.derecho.org/comunidad/fapmi/apremi/apremi.htm

ARTETERAPIA CONTRA LA MARGINACIÓN SOCIAL

María Dolores Callejón Chinchilla

La integración personal y social desde la escuela

Si nos preocupa la integración personal y social, nos preocupa todo aquello que la margine. La "adaptación personal" se construye desde la base de tres niveles significativos: familia, escuela y sociedad⁴³. El fracaso escolar excluye al niño/joven de una parte muy importante de su realidad y predispone su futuro. La Unión Europea tras debatir y estudiar el fenómeno de la exclusión social y de los mecanismos que la generan, considera el analfabetismo o el fracaso escolar como una de las causas.

"Ante la imposibilidad de acceder al mercado de trabajo y, como consecuencia de ello, de acceder a cualquier forma de integración social y de disfrutar de los derechos de los ciudadanos unidos a los mismos, esa imposibilidad les priva no sólo de tener un futuro sino, todavía peor, quita el sentido a su vida... Las explosiones de violencia... en los extrarradios de las ciudades europeas son una clara ilustración de ello..."⁴⁴

A pesar de todos sus defectos, la escuela es hoy una de las instituciones más justas socialmente -al menos teóricamente-; intenta incorporar medidas para "compensar" los déficits socio-culturales mediante programas, técnicas y recursos complementarios a la actividad docente ordinaria.

"... reivindicar una escuela con talante comprensivo ... supone educar en el respeto de las peculiaridades de cada estudiante y en el convencimiento de que las motivaciones, los intereses y la capacidad de aprendizaje son muy distintos entre los alumnos, debido a un complejo conjunto de factores, tanto individuales como de origen socio-cultural, que interactúan entre sí"⁴⁵

"En la medida que la educación obligatoria es un derecho de todos, resulta obligado hacer todo lo posible para que todos aprendan y progresen y, por tanto, se trata de buscar y agotar todas las vías, métodos y medios de enseñanza que les permita aprender y alcanzar los objetivos educativos", por difícil que sea "siempre se puede avanzar, siempre se puede aprender".⁴⁶

Sin embargo, a pesar de derechos y leyes, como siempre, la realidad es otra. En cualquier centro podemos encontrar ejemplos de alumnos que -por unos u otro motivos-, no están integrados en la dinámica del proceso de enseñanza-aprendizaje. Las cifras muestran una realidad alarmante: un número elevado de niños y jóvenes "fracasan"; casi la tercera parte de los estudiantes de ESO, obtienen calificaciones negativas, un 25% no terminan sus

⁴³ Martínez, C. Y Sánchez, P.S. (1993) "Introducción al estudio de la inadaptación en la infancia y en la adolescencia". Madrid: UNED. Programa de formación del profesorado.

⁴⁴ EURYDICE. (1994) "La lucha contra el fracaso escolar: un desafío para la construcción europea". Comisión Europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. (p.13)

⁴⁵ MEC. Diseño Curricular Base de Educación Secundaria. Madrid: Mec, 1989. Tomado de Vidal, J.G. y Manjón, D.G. "La escuela comprensiva: sus principios básicos. Comprensividad y diversidad de alumnos. Los grupos heterogéneos." En Vidal, J.G. y Manjón, D.G. "Temario de oposiciones. Psicopedagogía". Madrid. Eos, 1997 (Vol. I) (p. 142)

⁴⁶ "La atención al alumnado con discapacidad" Junta de Andalucía, 2001. (p. 37)

estudios básicos de forma favorable⁴⁷: "Una cuarta parte del alumnado no obtiene el título de Graduado en Secundaria Obligatoria y abandona el sistema sin titulación ni cualificación"⁴⁸.

Se dice que estos alumnos que no "progresan adecuadamente", tienen "dificultades de aprendizaje", entendidas éstas, en un sentido amplio⁴⁹: no atribuido sólo a deficiencias en determinadas funciones intelectuales, atencionales, de memoria, senso-perceptivas o motrices, ya que en muchos escolares, aparecen otro tipo de variables que "inciden, condicionan y/u originan dificultades para aprender"⁵⁰: conocimientos insuficientes para seguir el ritmo del nivel en el que se encuentran, problemas de conducta, escasas habilidades sociales, crisis personales o familiares, conflictos interpersonales, hiperactividad, baja autoestima, marginación, violencia escolar, períodos de hospitalización, absentismo escolar, u otros factores que dificultan su plena adaptación.

Actualmente, sin menospreciar el papel de las deficiencias en el aprendizaje, los teóricos cada vez dan más importancia a las dificultades socio-emocionales. Entre otros, Nuñez y González que investigaron la relación entre la autoestima y el rendimiento escolar llegan a la conclusión de que ante un rendimiento escolar deficiente es igual de importante trabajar los niveles de autoestima que las estrategias de aprendizaje⁵¹.

Aunque en muchos casos no se podrá evitar que algunos alumnos obtengan un rendimiento escolar negativo, lo importante es "ayudarles a desarrollar el control sobre el ambiente y a potenciar la comprensión de los roles que se espera que cumplan socialmente".

"... dado que nuestro objetivo final es promover el desarrollo integral... para facilitar su integración en la comunidad y en el mundo laboral... se trataría de ayudar(les) a aceptar su potencialidades y debilidades y a valorarse como personas que pueden aprender y tener un control sobre sí mismos, si se les suministran las enseñanzas apropiadas. Está comprobado que cuando se fortalecen la autocomprensión y aceptación por parte del estudiante de sus dificultades, al mismo tiempo se le suministran mecanismos para enfrentarse a ellas, se incrementan sus posibilidades de adaptación con éxito a largo plazo. (Speckman, Herman y Vogel, 1993)

"la necesidad de ofrecer un curriculum educativo que no se limite a la adquisición y almacenamiento de conceptos y conocimiento académicos; el proceso educativo ha de incluir otros aspectos que contribuyan al bienestar y al desarrollo de las personas... habilidades de comunicación y toma de decisiones, la autorresponsabilidad y la autoestima serán herramientas que le posibilitarán superar adecuadamente las tareas vitales..."⁵²

⁴⁷ Según datos del Instituto Nacional de Calidad y Evaluación y de la OCDE . Tomados de Comunidad escolar nº 662, 20 septiembre 2000 año XVIII. En URL: <<http://comunidad-escolar.pntic.mec.es/662/info5.html>> (consulta, octubre 2003)

⁴⁸ Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación. BOE n. 307, martes 24 diciembre 2002 (p. 45188- 45189)

⁴⁹ Las dificultades de aprendizaje es uno de los términos que los teóricos aun discuten al no existir consenso ni sobre su definición ni por los trastornos que en ella se incluyen.

⁵⁰ A. Valles "Dificultades de aprendizaje e intervención psicopedagógica". Valencia: Promolibro, 1998. (p. 24)

⁵¹ Núñez, J.C y González, J.A.. (1994) "Determinantes del rendimiento académico". Oviedo: Servicio de publicaciones. Universidad de Oviedo.

⁵² Citado por LUENGO, M.A. GARRA, A. ROMERO, E. (2002). *Construyendo salud*. Madrid: Secretaría general Técnica. Centro de Investigación Educativa. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, p. 3-4.

El papel del Arte Terapia en la escuela

"Cuando el desarrollo psicológico o el comportamiento del niño puede verse alterado de manera persistente, llegan a incapacitar al individuo para llevar a cabo la vida normal que de él se espera según su edad y características, afectan a su adaptación e integración en el entorno cultural y social, e incluso repercuten en su vida adulta"⁵³

Por eso es importante, la salud -desde un concepto positivo⁵⁴-, se considera no como simple ausencia de enfermedad, sino que adopta dimensiones más amplias: se define como un estado integral de bienestar biológico, psicológico y social. "Este concepto de salud incorpora, en su tejido conceptual, tanto la percepción subjetiva de bienestar como la capacidad de funcionamiento y adaptación al medio social"⁵⁵

Teniendo en cuenta que el objetivo primordial de la educación es conseguir un *desarrollo integral y armónico del individuo*, la educación como recurso preventivo y terapéutico adquiere cada día una mayor fuerza, no solo para aquellos alumnos, etiquetados de manera permanente como con necesidades educativas especiales⁵⁶. En los últimos años, han aparecido gran cantidad de materiales educativos con fines de prevención y promoción de la salud. Sin embargo, estos programas generalmente están orientados a problemáticas concretas como la lucha contra el consumo de drogas, la educación buco-dental para niños, sexual para adolescentes, etc. Sin embargo, creemos que una verdadera educación integral y sana, precisa abrir el abanico y ofertar herramientas, desarrollar "fortalezas"⁵⁷ para que el alumno sea capaz de ir dando respuesta a las necesidades y situaciones de carácter personal, educativo y profesional con las que se encuentre a lo largo de su vida, que les permitan llegar a comportarse de forma saludable, integrado en su medio, consigo mismo, con los demás.

Para ello, como indican Monereo y Pozo⁵⁸ consideramos fundamental educar a la persona para "conocerse y quererse", complementando esta dimensión con el trabajo de grupo por "las relevantes implicaciones que tiene lo social en el desarrollo humano"⁵⁹.

Desde esta perspectiva educativa, los beneficios que el arte terapia puede proporcionar, son claros:

- Atendiendo al Desarrollo Personal y social: experimentar otros caminos de expresión, mejorar la autopercepción y autoconciencia personal, desarrollar la

⁵³ FERNÁNDEZ, A. (1996). *Trastornos del comportamiento en la infancia*. Granada: Grupo editorial universitario.

⁵⁴ Concepto que asume la Organización Mundial de la Salud en su programa "Salud para todos en el año 2000"

⁵⁵ LUENGO, M.A., GARRA, A. Y ROMERO, E. (2002). *Construyendo salud*. Madrid: Secretaría general Técnica. Centro de Investigación Educativa. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, p. 3-

⁵⁶ Debíamos considerar la necesidad de que la pedagogía contemple un aspecto terapéutico, Concretamente en otros países de la Unión Europea, existe en la formación pedagógica la especialidad de "Pedagogía terapéutica" que se corresponde, en parte, con nuestra especialidad de "Educación Especial"

⁵⁷ Término mencionado por M. E. P. Seligman en sus trabajos sobre la psicología positiva. Vid. "La auténtica felicidad". Barcelona: Vergara, 2003

⁵⁸ MONEREO, C. Y POZO, J.L. (2001). Diez competencias básicas. *Cuadernos de Pedagogía*, 298. 56-79.

⁵⁹ GARAIGORDOBIL, M. (2003). *Intervención psicológica para desarrollar la personalidad infantil. Juego, conducta prosocial y creatividad*. Madrid. Pirámide, p. 15.

- autoestima, ayudar a expresar temores, dudas, compartir vivencias, trabajar la voluntad, disminuir la agresividad, favorecer la resiliencia y el sentimiento de flujo...
- Atendiendo al Proceso de enseñanza-aprendizaje: trabajando alteraciones de los procesos cognitivos básicos: atención, percepción y memoria, favoreciendo la psicomotricidad fina y gruesa, implicando la motivación intrínseca...
- Atendiendo al Ambiente: trabajando la comunicación interpersonal y por tanto, mejorando las relaciones, compartiendo vivencias, experiencias, sensaciones, emociones.....

Prácticamente en todos los hospitales, centros de acogida, de rehabilitación, etc., se ofrecen actividades de arte terapia, o al menos, se utiliza el arte -en alguna de sus expresiones: música, danza, drama, plástica,...- de manera terapéutica. Enfermos mentales, presos, drogadictos, personas que han sufrido experiencias recientes de duelo, supervivientes de conflictos bélicos, hospitalizados, etc. y en general todas las personas o grupos en riesgo de padecer o que padezcan cualquier tipo de inadaptación o marginación, se favorecen actualmente de programas educativos de intervención que trabajan problemáticas concretas en diferentes espacios sociales (fuera del sistema educativo formal, la programación es más libre y se permite la entrada de nuevas formas o recursos alternativos como el arte terapia).

La pedagogía social encuentra en estos casos su razón de ser al ayudar "a preparar a los individuos para su vida social y a intervenir educativamente en algunas circunstancias sociales especialmente conflictivas para la calidad básica de la vida humana de ciertos sectores sociales"⁶⁰.

Si la educación pretende "el desarrollo integral de la persona", solo una estrategia globalizante e integradora puede presentarse como realmente educadora. Ante niños de medios socioeconómicos bajos, pertenecientes a minorías étnicas, etc., se hace precisa una intervención complementaria a la actividad educativa formal que limite los efectos de la compleja problemática social en la que viven, también desde los propios centros educativos. Sobre todo teniendo en cuenta que la mayoría de estos alumnos, no siguen el ritmo normal del proceso de enseñanza-aprendizaje y de que -como hemos comprobado-, en estos casos, se permite una gran flexibilidad del currículo oficial.

Nuestra experiencia: arteterapia en la escuela para alumnos con dificultades

El 1er Congreso Mundial de Arte Terapia, que se realizó a finales de marzo, principio de abril de 2003, en Budapest, decía en su presentación que la integración de la terapia artística en el sistema educativo debía ser la tarea de los arteterapeutas del siglo XXI.

Sin embargo, el término "terapia" no es muy aceptado en el ámbito educativo, sobre todo si las actividades que proponemos se dirigen al "grueso" de la población escolar (la sociedad española en general considera que la "terapia es para el loco", sin tener en cuenta su aspecto "preventivo" y de "crecimiento y desarrollo personal").

Por eso, las actividades de terapia artística que actualmente se dan en España en la escuela, lo hacen en el campo de la educación especial o dirigidas a sectores marginales; en este último caso, entrando como parte de proyectos contra la violencia, frente a la marginación, para favorecer la integración, para la paz, mejorar la convivencia, etc.

⁶⁰ QUINTANA, J.M. (1984). *Pedagogía social*. Madrid: Dikynson

Como dice Seligman⁶¹, la mejor lucha contra un trastorno o enfermedad es favorecer anteriormente "anclajes" a los que la persona, en los momentos que los necesite, se pueda agarrar. Por eso, consideramos que la integración consigo mismo (autoconcepto) y con el exterior (socialización) son claves para favorecer una personalidad sana y un desarrollo integral y un modo de prevenir además, conductas antisociales y/o inadaptadas que son factores de alto riesgo, sobre todo, en el entorno en el que muchos de estos niños se desenvuelven (zonas marginales).

Concretamente, en nuestro caso, nos encontramos ante un elevado número de niños/jóvenes "fracasados", para los que prácticamente no existen objetivos educativos implícitos de tipo conceptual (en un curso de sexto en el que trabajamos, ninguno sabe leer bien, un 30% no sabe escribir llegando en algún caso a no saber ni siquiera escribir su nombre), sin ninguna motivación escolar, ni perspectivas, con elevado absentismo escolar, etc... Ante estos alumnos nos obliga al menos un compromiso de educación social: procurar hacer todo lo posible por disminuir su inadaptación.

Creemos que es necesario llevar a cabo un trabajo terapéutico (de acción y prevención) que complemente al educativo. Sugerimos el uso de la terapia artística, utilizando sus técnicas y recursos, por medio de actividades dirigidas al desarrollo y fortalecimiento del autoconcepto y la socialización, teniendo especialmente en cuenta, dentro de este apartado, aspectos como la agresividad y la solidaridad - a petición de los distintos directores de los centros-.

Proponemos entonces un programa que facilite la integración de alumnos con algún problema de adaptación, teniendo en cuenta dos aspectos:

- a) Integración consigo mismo (a partir del desarrollo de un autoconcepto que se corresponda con la realidad y que ayude a la persona a sentirse bien consigo mismo y por ende, con los demás)
- b) integración con el medio (no solo con su medio más cercano: etnia) para favorecer de esa manera una mejora de su socialización. Partiendo para ello del trabajo grupal ya que "las dimensiones sociales de la personalidad presentan relaciones más intensas con las actitudes hacia la integración que aquellas otras dimensiones personales"⁶².

Definimos en un primer momento, un objetivo principal: "Favorecer el desarrollo de la integración personal y social del niño, como base positiva para afrontar las dificultades de aprendizaje y el fracaso escolar (por parte del alumno)", presentando al mismo tiempo el arteterapia al profesorado como un recurso facilitador de su función docente, sobre todo, en un ámbito especialmente difícil como es el zonas marginales. De esa manera esperábamos comprobar de forma empírica y poder validar en España, el valor del uso del arte terapia en el ámbito educativo, abriendo mayores perspectivas de formación en este ámbito.

Se propone que cada sesión se lleve a cabo siguiendo el guión:

- presentación de la actividad - relajación
- realización de las actividades

⁶¹ SELIGMAN, M.E.P. (2003). La autentica felicidad. Barcelona: Vergara

⁶² PELECHANO, V., PEÑATE, W. Y DE MIGUEL, A. (1991). Actitudes hacia la integración de invidentes y personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 53-5,, p.439.

- reflexión - expresión - conclusión

Nos planteamos intervenir inicialmente sobre la estimulación y percepción sensorial: aprender a ver, aprender a oír, etc., para irlos integrando poco a poco en el proceso más complejo de relajación y reflexión. Y lo complementamos con actividades de presentación y análisis: "cómo soy por fuera", "cómo soy por dentro", "cómo me ven los demás", y "cómo lo que parece, no siempre es". Teniendo como eje importante la atención al proceso, la reflexión sobre sus sentimientos y actuaciones, ayudándoles -como describen Martínez y Sánchez el papel del educador ante niños y jóvenes inadaptados-, "a conocer los indicios que desencadenan esos comportamientos, a valorar las consecuencias de sus comportamientos para él y los demás, a tratar de responder de un modo mas adaptativo llegando a autocontrol de sus comportamientos, planificando actuaciones alternativas, aceptando puntos de vista expresados por otros, ayudándole a elaborar proyectos futuros. Todo esto en un ambiente de relaciones grupales, donde el respeto y valoración de los otros cree un clima de convivencia que permita un desarrollo en la confianza del sí mismo, de los otros y una maduración de la afectividad"⁶³

Integración por medio del arte terapia

El primer grupo con el que actuamos corresponde a alumnos de sexto de un Colegio Público situado en un barrio marginal. El grupo reúne a los escolares de este nivel más problemáticos; 15 niño/as con edades comprendidas entre los 11 y 12 años y con un nivel académico muy bajo. Se nos solicitó colaboración para otros cursos, pero nuestra intención fue trabajar en principio, de manera más reducida, hasta confirmar la efectividad del proyecto.

El programa de actividades se sugiere concretar a partir de la evaluación y primeros encuentros, para adecuarnos a las características y necesidades reales de los alumnos.

En principio trabajamos ocupando dos sesiones semanales, en las áreas de plástica y lengua -las que nos ofrecen -, desde la propuesta de desarrollar una labor interdisciplinar, intentando complementar, el trabajo del profesor respectivo, el cual se encuentra presente en todo momento, aunque su actuación en un primer momento será de observación; se busca que poco a poco se vaya implicando.

Para ello, realizamos una evaluación inicial del contexto, por medio de actividades de toma de contacto, y para concretar los aspectos a trabajar con los alumnos aplicamos los siguientes tests:

Cuestionario de Personalidad: EPQ-J que mide cinco variables:

Emocionabilidad, Extraversión, Dureza, Sinceridad y Conducta Antisocial

Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil: TAMAI que evalúa cuatro escalas de inadaptación:

Personal, Escolar, Social y Familiar

Cuestionario de autoconcepto: AF5 que evalúa cinco dimensiones:

Dimensión académico/laboral, Social, Emocional, Familiar y Físico

Batería de socialización: BAS-3 que mide cinco dimensiones:

Consideración con los demás, Autocontrol en las Relaciones Sociales, Retraimiento Social, Ansiedad Social / Timidez, Liderazgo y Sinceridad

Cuestionario A-D: A-D que evalúa dos aspectos:

Conducta antisocial y Conducta delictiva

⁶³ MARTÍNEZ, C. Y SÁNCHEZ, P.S. (1993), p. 109.

Comprobamos los altos niveles de estos alumnos especialmente en: Dureza (EPQ-J), Consideración con los demás (BAS-3); Autoconcepto en su dimensión emocional (AF5) y emocionabilidad (EPQ-J); Autocontrol en la Relaciones Sociales (BAS-3). Observando una gran correlación entre los resultados de las distintas pruebas.

Por un lado, al observar las mediciones de los test caemos en la cuenta de la necesidad de trabajar la "consideración con los demás", el "autocontrol" y la "emocionabilidad", esperando que así bajaran los niveles excesivamente altos y más llamativos, como el de "dureza", y que además disminuyeran las conductas antisociales e incluso delictivas que aparecían. Y teniendo en cuenta que en general los niveles de autoestima de estos alumnos se encuentran en medidas normalizadas, -exceptuando una de las dimensiones: la emocional-, consideramos la necesidad de concretar como objetivos prioritarios:

- Trabajar la dureza: empatía, tener en cuenta al otro, ser sensible al otro...
- Trabajar la socialización (mejorar sus relaciones sociales y por tanto evitar conductas antisociales y/o delictivas) aparecen dos dimensiones:
 - Reconocer-reflexionar sobre los sentimientos respecto hacia los demás (autocontrol emocional, dureza, consideración respecto a los otros...)
 - proporcionar estrategias de habilidades sociales y autocontrol

Por otro lado, desde los primeros encuentros pudimos constatar "in situ" las dificultades de trabajar con estos alumnos por su falta de atención, motivación, absentismo escolar, faltas de respeto y educación, insultos constantes entre ellos, nulo interés, ni siquiera por actividades artístico-manuales, etc. Vimos por tanto, la necesidad de redefinir y concretar el proyecto.

Teniendo en cuenta las características de los alumnos antes comentadas y teniendo en cuenta las últimas concepciones y teorías educativas, determinamos el programa a aplicar, cambiando la metodología, como *un proyecto de trabajo colaborativo* ("proyecto" y "colaborativo" ya que estas son dos de las estrategias que se proponen actualmente para favorecer la motivación, para la atención a la diversidad, etc.) concretamente en un proyecto de teatro negro.

La expresión dramática no sólo sirve como medio para desarrollar capacidades personales, expresar emociones, ideas y pensamientos sino que al ser al mismo tiempo es un trabajo "colectivo" y "cooperativo", favorecemos la comunicación, tanto personal como intragrupo, se precisa cooperación, interactuar de forma positiva y constructiva en "pro" de un proyecto común, dándose ayuda mutua, pero al mismo tiempo aunque el objetivo consiste en alcanzar una meta grupal, cada participante tiene su papel (necesario y fácil) lo que permite favorecer su autoestima. Concretamente, además, el teatro negro, al no exigir la representación "visible" ante los demás, no genera frustración, ni miedo ante el espectador.

El teatro, al ser un juego de estímulo-respuesta donde cada participante es instrumento e instrumentista -por la interacción de afectos, gestos, sensaciones, emociones y sentimientos-, posibilita que se produzca la expresión y, por ende, el encuentro comunicativo. Y por ser un juego colectivo rotativo, permite crecer en equipo y contribuye a combatir estereotipos.⁶⁴

Teniendo en cuenta que no sólo la sociedad es plural, también lo es el concepto de cultura, y las representaciones artísticas actuales son cada vez más multimedia, un proyecto

⁶⁴ HOSTER, B. (1998): El taller de teatro negro y de animación. *Escuela Abierta*, 2,241.

de teatro negro nos presenta una posibilidad interdisciplinar, ya que, precisa para su elaboración un trabajo coordinado, desde distintas disciplinas. En las conclusiones del último Congreso de arteterapia organizado por Ecarte⁶⁵ se reflejó la riqueza de la presencia no sólo de especialistas de todo el mundo, sino sobre todo de la participación conjunta de terapeutas de los distintos ámbitos que bajo esta denominación se engloban. Ya que se descubre como en muchos casos, las prácticas que utilizan la música, la plástica, el drama, la fotografía, etc., confluyen y se enriquecen.

En cada sesión se van trabajando algunos de los elementos necesarios para llevar a cabo una representación en la que "personajes" y "escenario" han de ser contruidos por los alumnos. Las actividades en su conjunto se distribuyen en 4 grupos:

1. Elaborar y/o trabajar sobre un texto para posteriormente representarlo.
2. Buscar, seleccionar y realizar los personajes y otros elementos plásticos que aparezcan en escena.
3. Buscar, seleccionar, preparar los sonidos y músicas necesarios para la representación.
4. Elaborar una puesta en escena y coreografía al ritmo de la música; consensuarla y practicarla.

Secuenciadas de la manera siguiente:

- 2 sesiones: Preparación del cuento (lectura, adecuación, etc). Fundamentos de la técnica.
- 4 sesiones: Música y plástica (creación de personajes y decorado; búsqueda de música y sonidos que aparecen)
- 4 sesiones: Danza y drama (puesta en escena y coreografía).

Aunque el proyecto no ha concluido y no se ha realizado una evaluación completa, podemos constatar que se ha conseguido motivar e implicar a los alumnos. Observándose evidencias de mejora tanto a nivel personal: disminución de la pasividad y del absentismo escolar, se percibe una mayor atención, y sobre todo, -algo que consideramos muy importante-. se ofrecen con mayor facilidad a realizar actividades para las que antes no se sentían capacitados (como recitar delante de los demás). Pero sobre todo se revela una mayor facilidad de conversación, dando sus opiniones, una disminución de las conductas agresivas entre los componentes del grupo, una mejora en general de la capacidad de cooperación. Con ésto creemos confirmar el papel positivo que está teniendo la realización de este proyecto en estos niños.

Violencia e integración

Al mismo tiempo estamos trabajando en dos centros de Educación Secundaria.

Uno de ellos, también situado en una zona extremadamente marginal solicitó asesoramiento y colaboración para trabajar con alumnos violentos. Se han comenzado a realizar algunas actividades periódicas, con la perspectiva de llevar a cabo un programa completo similar al que realizamos en el colegio de Primaria, y que represente una continuación que cubra todo el espectro de la Enseñanza Obligatoria y que repercuta especialmente, en estos alumnos más conflictivos y/o con necesidades educativas especiales, aunque atendiendo al grupo en general, en una zona de violencia y marginación generalizada.

⁶⁵ European Consortium for Arts Therapies Education. Madrid, 2003

Otro centro, también de Secundaria, confirma la necesidad de trabajar no sólo en zonas especialmente deprimidas. En colaboración con la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, participamos con un proyecto de arte terapia, dentro de un programa mayor cuyos objetivos son disminuir la agresividad y las conductas conflictivas, concretamente la marginación y ataque que sufren algunos alumnos por parte de otros. Trabajando tanto con "agresores" como con "víctimas", investigamos la eficacia del uso del arte terapia y otro tipo de técnicas como el aprendizaje estructurado, rol-play, etc.

Conclusiones

Estamos convencidas de que podemos utilizar la expresión artística y el proceso creativo como recurso de prevención e intervención terapéutica en el ámbito educativo, pudiéndose convertir este trabajo en un elemento que favorezca el desarrollo integral de estos niños/jóvenes sobre todo de aquellos que se encuentran en una situación desfavorable que dificulta su plena integración en la escuela, y por tanto, de la consecución de los objetivos educativos.

Sin embargo, consideramos que la integración del arte terapia en la escuela no será realmente factible sin el apoyo del profesorado, por eso intentamos que éste comience a considerar la posibilidad de aprovechar las características terapéuticas de las técnicas artísticas-lúdico-creativas. Y por las experiencias del profesorado con el que ya hemos trabajado comprobamos que el futuro del arte terapia en la escuela, es posible.

BIBLIOGRAFÍA

ALCAIDE, C. (2001). Una aproximación al arte terapia. URL: <
<http://www.ucm.es/info/mupai/alcaide3.htm>>

ALLEN, P. (1997). Arte Terapia. Guía de autodescubrimiento a través del arte y la creatividad. Madrid: Gaia.

CALLEJÓN, MD. Y GRANADOS, I. (2003). Creatividad, expresión y arte: Terapia para una educación del siglo XXI. Un recurso para la integración. *Escuela Abierta*, 6, p. 129-147.

Consejería de Educación y Ciencia (2001). *La atención al alumnado con discapacidad*. Sevilla: Junta de Andalucía.

Consejería de Educación y Ciencia (2003). *La Ley de Solidaridad en la Educación y su desarrollo normativo en la educación especial*. Sevilla: Junta de Andalucía.

CSIKSZENTMIHALYI, M. (1998). *Fluir. Una Psicología de La Felicidad*. Barcelona: Kairós.

DALLEY, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Herder.

ELLIS A. Y RUSSELL, G. (2000). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- EURYDICE (1994). *La lucha contra el fracaso escolar: un desafío para la construcción europea*. Comisión Europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas
- FERNÁNDEZ PARRA, A. (1996). *Trastornos del comportamiento en la infancia*. Granada: Grupo Editorial Universitario
- GARAIGORDOBIL, M. (2003). *Intervención psicológica para desarrollar la personalidad infantil. Juego, conducta prosocial y creatividad*. Madrid: Pirámide.
- GARDNER, H. (1999). *Inteligencias múltiples*. Barcelona: Paidós.
- GOLEMAN, D. (2001). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- GONZALEZ LUCINI, F. (1995). *Proyecto Aprender a vivir*. Madrid: Alauda/Anaya
- HOSTER, B. (1998). El taller de teatro negro y de animación. *Escuela Abierta*, 2, p. 239-254
- KRAMER, E. (1982). *Terapia a través del Arte en una comunidad infantil*. Buenos Aires: Kapelusz.
- LAGUNA, E. (1995). *Cómo desarrollar la expresión a través del teatro*. Barcelona: CEAC
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación. BOE n. 307, martes 24 diciembre 2002 (p. 45188- 45189)
- LUENGO, M.A., GARRA, A. ROMERO, E. (2002). *Construyendo salud*. Madrid: Secretaría general Técnica. Centro de Investigación Educativa. MECD
- MARTÍNEZ, C. Y SÁNCHEZ, P.S. (1993). *Introducción al estudio de la inadaptación en la infancia y en la adolescencia*. Madrid: UNED. Programa de formación del profesorado.
- MEC. (1989). *Diseño Curricular Base de Educación Secundaria*. Madrid: Mec.
- NÚÑEZ, J.C Y GONZÁLEZ, J.A.. (1994). *Determinantes del rendimiento académico*. Oviedo: Servicio de publicaciones. Universidad de Oviedo.
- PAÍN, S. Y JARREAU, G. (1995). *Una psicoterapia por el arte. Teoría y técnica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- PELECHANO, V, PEÑATE, W. Y DE MIGUEL, A. (1991). Actitudes hacia la integración de invidentes y personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 53-54.
- POZO, J.I. Y MONEREO, C. (2001). Diez competencias básicas. *Cuadernos de Pedagogía*, 298, . 56-79.
- SELIGMAN, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.

VALLES, A. (1998). Dificultades de aprendizaje e intervención psicopedagógica. Valencia: Promolibro.

VIDAL, J.G. Y MANJÓN, D.G. (1997). *Temario de oposiciones. Psicopedagogía*. Madrid: Eos.

EL LENGUAJE DEL CORAZÓN: PERFORANDO LOS MUROS DEL AUTISMO

Una aproximación al proceso comunicativo-expresivo en niños autistas

M^a Isabel Fernández Añino

INTRODUCCIÓN

" Un día que Narciso salió para cazar ciervos, la ninfa Eco (que estaba enamorada de Narciso) le siguió a hurtadillas a través del bosque, a campo abierto, con el deseo de hablarle, pero incapaz de ser la primera en hablar. Narciso, viendo que se había separado de sus compañeros, gritó:

- "¿Hay alguien aquí?".

- "¡Aquí!" -respondió Eco. Narciso miró alrededor pero no veía quién le había respondido.

- "Ven" (dijo).

- "Ven" - respondió Eco. Como nadie venía, Narciso gritó de nuevo.

- "¿Por qué me eludes?".

- "¿Por qué me eludes?" -repitió Eco.

- ¡Unámonos aquí!- dijo Narciso.

- ¡Unámonos aquí! - respondió Eco emocionada y corrió alegremente del lugar donde estaba oculta a abrazar a Narciso.

Pero él sacudió rudamente la cabeza y se apartó diciendo

- "¡Antes la muerte a que pudieras poseerme!".

- "¡Poseerme!", suplicó Eco, pero todo fue en vano pues Narciso se había ido, y ella pasó el resto de su vida en cañadas solitarias, consumiéndose de amor y mortificación, hasta que, de acuerdo con el mito, sus huesos se convirtieron en roca y sólo quedó su voz."

Texto tomado de la "Metamorfosis de Ovidio", R. Graves, 1985, pp. 101-102.

Cuando se piensa en una persona autista, pueden aparecer conceptos como "mutismo", "soledad", "opacidad", "silencios". Las personas con autismo comparten la incapacidad para relacionarse de forma normal con las otras personas y con las situaciones que les rodean desde el comienzo de la vida. Son incapaces de prever acontecimientos en función de experiencias pasadas y presentes, de comprender los estados mentales de las emociones y determinadas conductas como el engaño, la ironía, el doble sentido y otras

más. Todo esto hace del autismo un mundo caótico que requiere ayuda externa para dar sentido a la experiencia y a la acción.

El **autismo** es un trastorno del desarrollo que necesita de la experiencia interactiva y cultural para alcanzar formas humanamente significativas. Las personas autistas tienen alteradas las *funciones superiores básicas* (de lenguaje, inferencia mentalista, ficción simbólica, acceso intersubjetivo, organización narrativa de la experiencia y “self” subjetivo) y como consecuencia no pueden adquirirlas por los mismos procesos que otros niños. Aunque sí pueden desarrollar, por “vías alternativas”, competencias asociativas básicas que sustituyan o compensen parcialmente los cauces normales de desarrollo⁶⁶.

No se puede mirar el autismo como algo inmóvil. Aunque el síndrome autista posea rasgos comunes, existen distintos niveles de profundidad de autismo, y aún dentro de dichos niveles cada individuo es diferente ya sea debido a la desigual capacidad intelectual que cada individuo posee o a la prontitud con que se diagnostique al niño y a la atención temprana que se lleve a cabo, etc. Hay que saber que cada individuo es un caso único.

En el tratamiento de las personas autistas es necesario disponer con eficacia condiciones de aprendizaje y desarrollo muy cuidadosos para que dicho aprendizaje se produzca, estructurando y controlando adecuadamente el medio externo. La gran meta que persiguen los educadores es la de preparar a estas personas para que sean capaces de resolver los problemas que se les plantean a lo largo de la vida. “Es imprescindible el uso de procedimientos específicos que ayuden a que se disminuya esa distancia enajenada de las personas autistas con respecto a las otras personas” nos decía A. Rivière. Pero también la influencia familiar y la acción educativa tempranamente iniciada es determinante para el desarrollo de estos niños. Por lo tanto los niños autistas dependen de las experiencias del entorno, de la ayuda educativa y de su familia, tanto para su desarrollo como para su integración y escolarización

Para favorecer el desarrollo de la interacción y de la comunicación de los niños autistas, pretendemos desarrollar su expresión plástica y su creatividad, para conseguir con ello la mayor integración posible y el desarrollo de sus competencias expresivas y comunicativas. La Expresión plástica como medio y la “*expresión-comunicación*” como capacidad desarrollable, se convierte en un modelo para las manifestaciones humanas, por lo tanto éste fue el procedimiento a utilizar en el trabajo que se realizó con un grupo de niños autistas y que vamos a exponer en éste artículo.

Pocos, más bien casi ninguno, son los que han escrito acerca de la “creatividad” en los niños autistas, ya sea porque parece imposible que estos niños a causa de su dificultad puedan desarrollarla, o porque aún no parece interesar mucho debido a su gran complejidad. Sí que se ha escrito bastante sobre los tan aislados casos especiales, llamados “idiot savant”, que en la mayoría de las ocasiones son niños con autismo pero con niveles altos de inteligencia y que suelen tener estos “islotes de habilidad” en determinadas partes de su cerebro. A estas personas, dentro del espectro autista, se les denomina “con síndrome de Asperger” o “autistas de alto nivel”.

En nuestras manos está ampliar los medios, las técnicas y la utilización de la expresión plástica con las que contamos para, de esta manera, abrir las puertas de la comunicación, el lenguaje y la relación intersubjetiva a personas que no podrían adquirirlas

⁶⁶RIVIÉRE, A. Y MARTOS, J (Comp.) (1997), *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO

sin ayuda explícita. Con ello estaremos contribuyendo a llenar de sentido su mundo y romper el cascarón de aislamiento que les separa de las otras personas

Breves apuntes sobre arteterapia

Gombrich afirma que el arte no existe, lo que existen son los artistas y los productos que éstos realizan. Si realizamos un paralelismo entre la definición de *arte* y la de *arte infantil* observaremos que muchos autores opinan que lo denominado como arte infantil no existe, sino que lo que realmente existe son las manifestaciones plásticas que los niños realizan.

Con el desarrollo de la pedagogía experimental y las categorías científicas, el término *arte infantil* evoluciona hasta lo que hoy conocemos como *expresión plástica infantil*. Por lo tanto, *arte infantil* y *expresión plástica infantil* se refieren a lo mismo: “a la generalidad de las manifestaciones plásticas realizadas por niños entre los dos y los dieciséis años aproximadamente”. Estas manifestaciones plásticas toman forma mediante infinidad de medios como la escultura, el *collage*, etc., y sobre todo el dibujo que ha sido el vehículo de la actividad plástica infantil por excelencia.

Es por eso que nos preguntamos ¿porqué los dibujos infantiles son adecuados como medio terapéutico?. Los dibujos muestran distintas cualidades comunicativas y constituyen una forma de comunicación no verbal. El proceso de dibujo/pintura puede ser *averal*, lo que significa que la representación del dibujo se realiza sin comentario alguno, o *paraveral*, donde el proceso se acompaña de explicaciones (Spiz 1960). Esta forma específica de comunicación a través del dibujo y la pintura está ligada al “lenguaje de las imágenes”, en contraste con el lenguaje verbal de los adultos.

Los niños de cuatro a once años pueden expresar mejor sus conflictos internos a través del dibujo y la pintura que por medio del lenguaje verbal. Esto se debe a que su lenguaje verbal es todavía poco diferenciado, y también a que el proceso gráfico permite expresar las situaciones conflictivas del Yo sin censura ni control consciente. Hay que partir de la base sobre la que los pensamientos que se ponen de manifiesto en un dibujo en forma de recuerdos o de representaciones mentales, no son, en modo alguno, una producción exclusiva del inconsciente. Si un niño hace un dibujo libre, dejándole elegir los medios de expresión que prefiera, es evidente que tal situación no es nueva para el niño y basándonos en la experiencia adquirida en el jardín de infancia o en el colegio parece claro que elegirá el tema que tenga más a mano. Representará, por ejemplo, la situación familiar tal como él la vive. La parte que podría considerarse como producto del inconsciente es la disposición y concretización de los roles que el niño presenta gráficamente, los cuales le serían muy difíciles de explicar verbalmente. En términos psicoanalíticos, el dibujo permite una satisfacción parcial de los afectos, fantasías, etc. porque los exterioriza.

Este tema tiene que ver con la Pedagogía educacional artística porque dentro de su marco de aplicación⁶⁷ está el desarrollo de la madurez psíquica, llevando la expresión espontánea del dibujo a la exteriorización sin trabas de las actividades mentales del pensamiento, de los sentimientos, etc.

La importancia del arte en la educación y en su aspecto terapéutico está generalmente reconocida hoy en día entre filósofos, educadores, psicólogos y algunos artistas. Los educadores artísticos, Lowenfeld y Brittain, (1967), y Eisner (1971) han estudiado sistemáticamente la naturaleza del arte y su aplicación al sistema escolar. Al

⁶⁷ READ, H. (1956): La educación por el arte. Buenos Aires: Kapelusz

mismo tiempo que la arteterapia como medio de autoexpresión y comunicación está reconocida como un poderoso apoyo al tratamiento diagnóstico e investigación en la salud mental.

En Norteamérica y algunos países europeos la **arteterapia** está muy reconocida, en cambio en nuestro país es prácticamente desconocida para la gran mayoría de la gente. Al que más o al que menos le resulta común el término de psicoanálisis, la interpretación de los sueños, pero por desgracia y aunque comparte las mismas bases, el término de arte terapia es mucho menos familiar.

La arteterapia brinda un medio de comunicación no verbal y alternativo a aquellas personas cuya utilización del lenguaje o comprensión de las palabras es parcial o inexistente. Lo más importante en la arte terapia es la persona y el proceso. Aunque los conceptos de comunicar ideas personales a través del arte y de conseguir cierto sentimiento de bienestar como resultado de crear arte son muy antiguos, la disciplina de la arteterapia, que no es ni más ni menos que la encarnación de tales conceptos, es muy nueva. Los primeros libros sobre este tema datan de finales de la década de 1940, cuando Margaret Naumburg formuló por primera vez teorías concernientes al uso terapéutico de la expresión gráfica.

En nuestro intento por llegar a una definición sobre el proceso que seguimos, encontramos la definición de arte terapia propuesta en su día por la Asociación Americana de Arte Terapia. Es la siguiente: *«La Arte Terapia proporciona la oportunidad de expresión y comunicación no verbal, por un lado mediante la implicación para solucionar conflictos emocionales como para fomentar la autoconciencia y desarrollo personal. Se trata de utilizar el arte como vehículo para la psicoterapia, ayudar al individuo a encontrar una relación más compatible entre su mundo interior y exterior.»*⁶⁸

Las definiciones actuales de arte terapia la describen como “*un proceso en el que uno o varios individuos se implican usando materiales artísticos en un trabajo individual o de grupo*”.

En diferentes partes del mundo: Inglaterra, EEUU (Carolina del Norte), Alemania y Japón, se están realizando actualmente una serie de investigaciones sobre arte terapia orientada a Autistas, con muy buenos resultados y un esperanzador futuro⁶⁹. Y se está utilizando la terapia artística para ayudar a gran cantidad de personas con problemas en los que a través del arte exteriorizan sus angustias, miedos, obsesiones y, como en el caso de los niños autistas, como medio de comunicación y expresión. En España (Burgos) existe un centro que se ha dedicado a desarrollar la expresión artística como medio de ayuda y expresividad para estos niños, llegando a realizar dos grandes exposiciones de los trabajos realizados por toda Europa, incluso llegando a volcar estos trabajos en una página web de fácil accesibilidad⁷⁰. Fuente importante de documentación son las diferentes Exposiciones Internacionales Itinerantes de Arte de Personas con Autismo, que comenzaron en Burgos (1997) y han recorrido varios países de Europa a través de la Asociación Internacional de Autismo-Europa y la Federación Autismo España. La última exposición se celebrará en Diciembre de 2003

⁶⁸ <http://www.ucm.es/info/mupai/IsabelAnino.htm>

⁶⁹ Evans, K.R. (1997) Art therapy and the development of communicative abilities in children with autism. PhD Thesis. University of Hertfordshire, UK..

⁷⁰ <http://personal.iddeo.es/autismoburgos/gale1.html>

¿Qué es el autismo?

La etiqueta "autismo" -del griego *autós*: (uno mismo)- remite a un conjunto heterogéneo de individualidades, con niveles de desarrollo, necesidades educativas y perspectivas vitales diferentes. La cuestión, profundamente tratada por la Psicología y la Medicina no está exenta de dificultades e incógnitas.

Durante mucho tiempo se ha venido definiendo el autismo tomando una parte por el todo, es decir, tomando un único aspecto del desarrollo psicobiológico alterado y suponiendo que este es el motivo de todas las anomalías. Hoy, hay autores que apuestan por una génesis multifactorial del problema.

El conocimiento del autismo como tal es relativamente moderno: Leo Kanner y Hans Asperger fueron los primeros en publicar descripciones del trastorno, en 1943 y 1944 respectivamente y de forma independiente. A pesar de esto, ambos le dieron el mismo nombre al cuadro sintomático, *autismo*, adoptándolo del psiquiatra Eugen Bleuer, que lo refirió en 1911 haciendo mención a un trastorno básico de la esquizofrenia basado en la limitación de las relaciones con las personas y el mundo exterior.

Tanto Kanner, en Baltimore, como Asperger, en Viena, estudiaron casos de niños incapaces de mantener relaciones afectivas normales, aparentemente de forma innata. Debido al diferente enfoque de los dos estudios, se ha dado en llamar, “síndrome de Asperger”, a los autistas de funcionamiento alto y síndrome autista a todo lo demás. También se define como síndrome de Kanner aquel caso en el que se cumplen todas y cada una de las características que este autor especificó en su momento, pero es rarísimo el caso que se ajusta exactamente a ellas porque siempre llevan asociados otros déficits.

Los niños autistas están dominados en su conducta por una profunda soledad, ignoran lo exterior y especialmente a las personas, aunque tienen buena relación con los objetos. Tanto en sus actitudes como en sus deseos, existe una necesidad excesiva por mantener la invariabilidad. Existen también, en alguno de ellos, como ya hemos dicho, los llamados “islotas de habilidad o capacidad” que son capacidades aisladas generalmente relacionadas con la memoria o el cálculo. Este trastorno conlleva una importante variación de capacidades de relación del individuo, que afecta a las capacidades simbólicas, a su lenguaje, a la capacidad de enfrentarse flexiblemente a las situaciones implicando una “literalidad” mental que incluye déficit como la ecolalia (repetición de cosas ya oídas, en vez de crear oraciones originales), tendencia a evitar interacciones, a relacionarse con sus semejantes, etc.

El autismo aparece siempre en la primera infancia del niño y es crónico, por lo tanto durará toda la vida. En el 75% de los casos sufren un retraso mental asociado y del 25% restante, un 15% presentan un cociente intelectual límite. Pero también existe un 10% aproximado que tienen un nivel intelectual normal o de funcionamiento alto. El nivel de autismo se mide independientemente del nivel intelectual. De ahí que haya una gran diversidad de casos y donde, a veces, no se pueda distinguir bien si es un TGD, un síndrome autista o autismo (de Kanner o de Asperger) lo que padece el niño. Por lo tanto un niño podría tener un nivel de autismo alto, medio o bajo y un cociente intelectual normal, o tener el mismo nivel en autismo que en capacidad intelectual o así hasta donde uno pueda imaginar. Tal es la inmensa individualidad que existe en este trastorno.

Características y síntomas generales

Las alteraciones del trastorno del desarrollo en general, y el autismo en particular, plantean desafíos importantes de comprensión, explicación y educación.

Los criterios del DSM-IV y del CIE-10 definen, bajo el epígrafe de Trastornos Generalizados del Desarrollo (T.G.D.), a la mayoría de los trastornos psíquicos graves de la infancia (llamados por otros autores Trastornos Profundos del Desarrollo o Psicosis Infantiles).

Dicha clasificación, siguiendo un *criterio sintomático*, basa el diagnóstico en las características comportamentales (desviación del comportamiento en relación con la edad mental del niño) y en la edad de aparición de los síntomas. Así define a los T.G.D. de una forma descriptiva como un grupo de trastornos caracterizados por *alteraciones cualitativas características de la interacción social y de las formas de comunicación*, y por un *repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades*, añadiendo que dichas alteraciones se presentan, en grado variable, desde la primera infancia y que en algunos casos tienen relación y son presumiblemente debidas a alguna patología somática.

Dentro de la categoría diagnóstica de los T.G.D., se distinguen los siguientes:

- Autismo: Aparición antes de los 3 años de edad.
Cumple los criterios de las tres áreas psicopatológicas (interacción social, comunicación, intereses y actividades).
- Autismo atípico: Aparición después de los 3 años o incumplimiento de alguna de las tres áreas.
Suele presentarse con retraso mental profundo o con trastorno específico de la comprensión del lenguaje.
- Síndrome de Rett: Aparece durante el 2º año de vida y sólo en niñas.
Hay una pérdida de habilidades manuales y lenguaje previamente adquiridos.
Desemboca invariablemente en una grave invalidez mental con deterioro motor progresivo y suele acompañarse de crisis epilépticas.
- Otro trastorno desintegrativo de la infancia: Pérdida de capacidades adquiridas tras una etapa previa de desarrollo normal. Quedan afectados de Retraso Mental grave.
- Trastorno hiperactivo con Retraso Mental y movimientos estereotipados:
Suele acompañarse de tipos variados de retrasos del desarrollo.
- Síndrome de Asperger: Difiere del autismo por la ausencia de déficit o retraso del lenguaje o del desarrollo cognitivo.

Dentro del trabajo que estamos realizando hemos dirigido nuestro interés hacia el trastorno autista que es el más característico y del que se especifican los siguientes criterios para el diagnóstico de la enfermedad:

- Deficiencias cualitativas de las pautas de interacción social recíproca.
- Deficiencias cualitativas de la comunicación verbal y no verbal, y de la actividad imaginativa.
- Repertorio muy limitado de actividades e intereses.

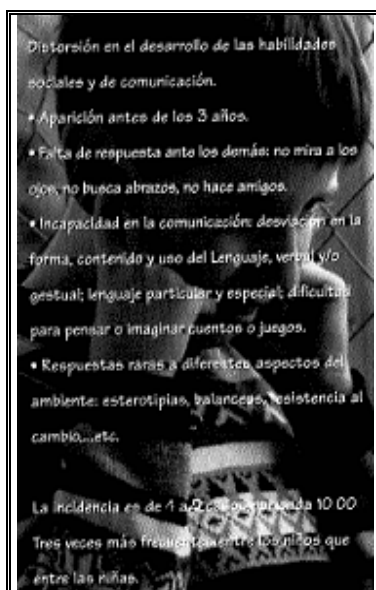
Aunque es casi imposible reconocer el autismo antes de los dos años, los primeros síntomas pueden manifestarse antes de los dieciocho meses. A pesar de ello, en casos fronterizos, es difícil llevar a efecto un diagnóstico preciso.

Rutter sugirió que había cuatro características esenciales para el diagnóstico del Autismo, formando así la 1ª definición categórica oficial.

1. Comienzo anterior a los 30 meses.
2. Desarrollo social y de la comunicación dañados, lo cual es distintivo y no simplemente el resultado de un retraso mental cognitivo global.
3. Presencia de un comportamiento inusual englobado bajo el concepto de insistencia en la monotonía, resistencia al cambio, respuestas idiosincrásicas al entorno, estereotipias...

Para darse un diagnóstico de autismo deben cumplirse seis o más manifestaciones del conjunto de trastornos (1) de la relación, (2) de la comunicación y (3) de la flexibilidad. Cumpliéndose como mínimo dos elementos de (1), uno de (2) y uno de (3).

A.- Observar el retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímica).

 Distorsión en el desarrollo de las habilidades sociales y de comunicación. • Aparición antes de los 3 años. • Falta de respuesta ante los demás: no mira a los ojos, no busca abrazos, no hace amigos. • Incapacidad en la comunicación: desviación en la forma, contenido y uso del lenguaje, verbal y/o gestual; lenguaje particular y especial; dificultad para pensar o imaginar cuentos o juegos. • Respuestas raras a diferentes aspectos del ambiente: estereotipias, balances, resistencia al cambio...etc. La incidencia es de 4 a 25 por cada 10.000 Tres veces más frecuente entre los niños que entre las niñas.	1. Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones: a. Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social. b. Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo. c. Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, de conductas de señalar o mostrar objetos de interés). d. Falta de reciprocidad social o emocional. 2. Trastornos cualitativos de la comunicación,
---	--

	expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones: a. En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones. b. Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrásico. c. Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.
3. Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones: a. Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido. b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales. c. Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.). d. Preocupación persistente por partes de objetos.	

B. Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) Interacción social, (2) Empleo comunicativo del lenguaje. O (3) juego simbólico.

Y las emociones...

El desarrollo físico del niño tradicionalmente ha tenido mucha importancia. Aunque no negamos que el desarrollo físico y psicomotor, el desarrollo del lenguaje y el cognoscitivo son de extrema importancia, también deseamos considerar el aspecto afectivo del aprendizaje en las etapas más tempranas del niño, como favorecedor de avances importantes en los demás aspectos del aprendizaje y del ámbito cognitivo y volitivo.

Conocer los aspectos más relacionados con la esfera afectiva, actitudinal y volitiva es de gran ayuda para padres y educadores en el sentido de favorecer la adaptación y el progreso escolar, y preparar al niño para aceptarse a sí mismo, sentir su valía, autoestimarse e ir adquiriendo seguridad para conseguir resultados exitosos a lo largo de su vida.

Una persona autista piensa, aprende, siente, padece, advierte, ama, odia, ríe, llora, patalea, acaricia, hace daño, besa, abraza, tiene inquietudes y curiosidades... como todas las personas. Pero en este tema del autismo aun hay muchas barreras que romper hasta que consideremos a la PERSONA AUTISTA como un ser humano y no como un mero diagnóstico clínico.

Cuando uno lee textos de jóvenes autistas que se han podido expresar mediante la comunicación facilitada, se da cuenta de lo hay dentro de esas mentes, independientemente de que los demás lo sepamos o no. Estas personas tienen una gran capacidad de aprendizaje aunque no puedan expresar abiertamente lo que saben. Por ello se ha de hacer hincapié en los sentimientos y sensaciones que las personas con este trastorno tienen frente a la sociedad.

Ángel Rivière nos decía que “junto a los clásicos trastornos de comunicación, de establecimiento de relaciones sociales y de imaginación, se puede incluir una nueva dimensión: los trastornos del sentido de la acción”. Los trastornos autistas se caracterizan por la dificultad para encontrar el sentido a sus acciones y a los de los demás. Sus actos parecen no tener propósito definido y aún en los sujetos más capaces persiste la dificultad para encadenar las acciones con un propósito final y para tener un proyecto de vida. A las personas autistas les cuesta mucho esfuerzo prever los acontecimientos en función de experiencias pasadas y presentes, por tanto les resulta especialmente difícil trabajar con el futuro (las manifestaciones varían en función de la edad cronológica, el nivel cognitivo y el grado de autismo). Con todo esto, podemos imaginar un mundo interno especialmente caótico, en el que se hace necesario utilizar desde “fuera” métodos alternativos para dar más sentido a las acciones, como la utilización de sistemas de predicción, o métodos que les señalen las metas finales de su conducta.

Las representaciones analógicas de la realidad, en el caso del autismo cobran especial valor por la facilidad de procesamiento frente a otras modalidades y tipos de representación, incluso por el interés (debido posiblemente a que son mejor comprendidas) que los autistas muestran hacia este tipo de material. La comunicación es el núcleo esencial del desarrollo y, para una mejora de estas personas, será la educación la principal vía de intervención.

Imaginación y juego simbólico en niños autistas

A partir de la investigación realizada en 1978 por Lorna Wing donde evaluaba especialmente el juego simbólico en los niños, Paul Harris elabora una teoría acerca de las

destrezas mentales del niño en la que nos dice que “los niños se ponen imaginariamente en la piel y situación de personajes e imaginan sus acciones, emociones y pensamientos”. Pero los niños autistas no son capaces de hacer esto, tienen una “enfermedad de la imaginación”, no tienen capacidad imaginativa suficiente para ponerse en la piel y situaciones de los personajes

La capacidad de *leer la mente* del otro es, sin duda, uno de los rasgos más acentuados y profundos de los miembros de nuestra especie⁷¹, pero los autistas son incapaces de simular situaciones hipotéticas, tendiendo a repetir sus esquemas habituales, por eso el mundo cognitivo autista se caracteriza por su inflexibilidad.

Un ejemplo de esta dificultad se encuentra en algunos trabajos artísticos realizados por personas autistas con habilidades especiales para el arte, como son Nadia y Stephen Wiltshire. Sus dibujos se caracterizan por un extremado realismo.

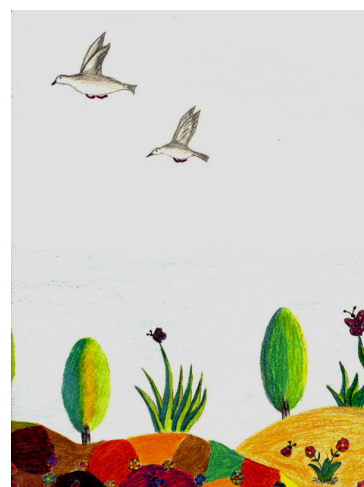
Entonces se puede hablar de un arte, pero de un arte muy especial ya que es un arte caracterizado en algunos casos por la falta de ficción, falta de capacidad para imaginar realidades alternativas. El resultado de estas características por lo tanto, hace de este un arte muy peculiar y por ello debemos considerar que en estas personas hay diferentes tipos de organización mental que acarrearán dificultades de adaptación y de aprendizaje

Algunas teorías sobre el desarrollo infantil

Para trabajar la arteterapia con niños autistas nos hemos apoyado en las teorías de los investigadores sobre el desarrollo infantil. Estas teorías muestran que el desarrollo de habilidades comunicativas en la infancia surge al margen de la conducta interactiva y que ésta conserva su estructura para desarrollarla más tarde. Es importante señalar que el comienzo del desarrollo de habilidades artísticas sucede en el momento de la propia predisposición del niño. Estas habilidades no se enseñan pero se adquieren automática y naturalmente como parte del desarrollo general de éstas.

El desarrollo general en la infancia es una experiencia holística, donde todos los dominios actúan recíprocamente y a todos afecta. Todas las teorías sostienen la idea de que la práctica del lenguaje verbal sólo comienza una vez que el niño puede comunicar eficazmente sus sentimientos, pensamientos y intenciones a través del lenguaje corporal y no verbal, lo que facilita el desarrollo de la comprensión y el mantenimiento de la estructura para el desarrollo del lenguaje más tarde.

Dibujo 1:



Elizabeth

“La alteración de las interacciones precoces influye en la estructuración mental y en las capacidades tanto intelectuales como afectivas del niño, por consiguiente el tipo de *funcionamiento mental de un niño autista* viene determinado por el estado de:

La relación con las personas y con el entorno no humano (la relación con la realidad).

⁷¹ RIVIÈRE, A.; (1991): *Objetos con mente*. Alianza Editorial. Madrid.

La armonía en la maduración emocional (la regulación y el control de las pulsiones; la “relación de objeto”⁷², las defensas).

La armonía en la adquisición de las funciones del Yo, particularmente la percepción, la motricidad y la capacidad intelectual (el proceso del pensamiento y las funciones autónomas).

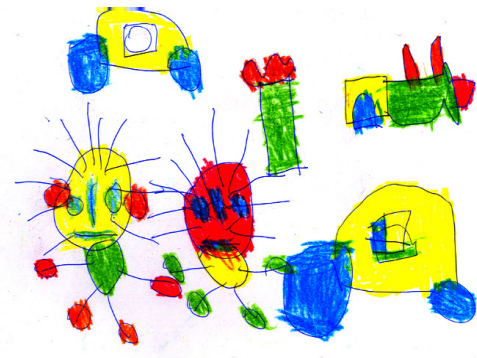
La integración de todos estos elementos en una unidad funcional capaz de crear un sentimiento de identidad “*sense of self*”.⁷³

El sentido de identidad como principio organizador del desarrollo primario⁷⁴

El niño va adquiriendo el conocimiento del mundo y del medio ambiente que le rodea a través de sus sentidos. Éste conocimiento irá cambiando poco a poco por medio de sus propias sensaciones y con el paso del tiempo esta información se va a caracterizar por su repetición tanto en intensidad, duración y forma, y donde la calidad de ciertos sentidos se volverán más definidas y claras. Los niños no necesitan una experiencia anterior para formar las asociaciones que se necesitan, por ejemplo, entre la intensidad sonora y la intensidad visual debido a que se produce un cambio sensorial semejante a lo que sucede en el mundo exterior, porque sonido y visión tienen una conexión interactiva común. Daniel Stern (1985) llamará: *vitality affects*⁷⁵ – instintos vitales- a la aparición de la percepción de estas cualidades abstractas que constituye, dentro de la categoría de los afectos, un modelo para el conocimiento de los sentimientos como la tristeza, la felicidad, la sorpresa, etc. Gradualmente éstos se convertirán en sensaciones y sentimientos básicos que más tarde se identificarán con signos, palabras y con el futuro lenguaje

Durante el primer periodo del proceso interno de las funciones del niño, en el que los “*vitality affects*” son el detonante de las conexiones interpersonales, es cuando el niño empieza a tener sentido del yo y de los otros a un nivel abstracto. Relacionar cada uno de los procesos de distintos acontecimientos, puede constituir la aparición de una experiencia diferente y característica (Stern1985). Y es éste el comienzo para formar estructuras procesales futuras ya que surgen de verdaderas experiencias que son esenciales como canales, a través de los cuales el niño puede desarrollar unidades de comportamiento para el entendimiento personal, además del periodo pre-representacional de experimentación externo guiado por los adultos.

Si nos centramos en la arteterapia, todo el medio artístico (niño, materiales y arte-terapeuta) está íntimamente involucrado en la aparición de una interrelación entre la expresión, el conocimiento y la comunicación. Todas ellas se establecen dentro de la dinámica que surge en el proceso íntegro de la arte terapia y en su contexto, no sólo en el producto terminado. Se han realizado varias experiencias donde se intentó intercambiar o transmitir información con el afán de alterar en el niño su creencia



⁷² **Objeto:** No debe evocar la idea de “cosa”, de objeto inanimado y manipulable las ideas de ser vivo o de persona. Considerado como correlato del amor o del total con un objeto al que se apunta como totalidad (persona, entidad, ideal, etc.,).

⁷³ Programa Terapéutico-Educativo. AAVV. Pamplona. 1999

⁷⁴ Evans, K.R. (1997) Art therapy and the development of communicative abilities in children with autism. PhD Thesis. University of Hertfordshire, UK

⁷⁵ En adelante, la expresión *vitality affects* será utilizada en su formato original para evitar una confusa traducción.

o sistema de acción (comunicación), así como otras experiencias sin pretender cambiar lo que esa persona estaba haciendo o creyendo (comuni3n expresiva-cognitiva). Estas y otras prácticas demostraron claramente que el ni1o no puede aprender una nueva tarea cuando est1 distra3do por otra cosa, incluso por el lenguaje hablado. Por consiguiente es esencial la integraci3n sutil de todos estos intentos para trabajar con ni1os y adultos con autismo.

Dibujo 2: *Ram y Ros. Dibujo de un ni1o autista*

Ilustraremos este momento con una de las observaciones obtenidas en un trabajo realizado a un grupo de ni1os autistas. Cuando los ni1os est1n realizando cualquier trabajo donde se utiliza agua y, en este caso estaban pintando, a algunos de ellos les gusta derramarse el agua encima o tirarla al suelo. En este caso se cambi3 el tipo de papel que estaban utilizando por un papel m1s absorbente, de 1sta manera el papel empapa m1s agua y se fuerza al ni1o a experimentar. Un acto as3 marca un *vitality affects* del contexto en el ni1o y proporciona una oportunidad para reconocer la constancia hacia el objeto y la expresi3n del sentimiento ligado a estas experiencias. Tambi3n favorece el desarrollo de estructuras procesales que permiten que el ni1o funcione adecuadamente en el entorno socio-cultural.

Que el agua sea absorbida por el papel provoca una serie de reacciones en el ni1o, como ver, incluso sentir, que el agua es absorbida r1pidamente y ya no cae ni gotea hacia el suelo, ni nos moja, ni nos ensucia, evitando as3 un desorden. La percepci3n de una experiencia ca3tica y confusa nos ayuda a mediar entre la relaci3n del ni1o con el ambiente. Cuando esto ocurre en arte terapia es posible facilitar la formaci3n de estas emociones en el ni1o y de su interacci3n con los materiales art3sticos, de forma que el ni1o pueda entenderlo y hacerlo posible gradualmente, asociando los nombres y los sentimientos descritos como *mojar, secar, sucio, desagradable, espera, resbala, fascinaci3n, irritaci3n, feliz, fuerte...* y as3 se les ayuda a afrontar situaciones dif3ciles en el futuro.

Es esencial conocer cu1l es el proceso que se origina despu3s de aparecer los *vitality affects* y que lleva a la adquisici3n de una capacidad simb3lica (el sentido de un yo verbal y de una identidad verbal), porque estamos dando una gran importancia a la informaci3n sobre el 1mbito de ese sentimiento de identidad emergente e incluso al desarrollo del dibujo natural antes de los dieciocho meses.

Desarrollo del dibujo infantil, y en especial en ni1os autistas



Dibujo 3: *Mami*

Al no poder utilizar el di1logo verbal “compartido” con los ni1os autistas, el conocimiento de los *vitality affects* que emanan del contexto proporcionan una herramienta 1til para trabajar con ellos. Si combinamos esto con un conocimiento de las posibilidades del desarrollo art3stico nos proporcionará una 1til herramienta para evaluar el desarrollo continuado de la arteterapia.

Muchos autores han estudiado el desarrollo del dibujo en los niños, incluso han descrito estas primeras fases con diferentes términos como por ejemplo, la etapa pre-representacional, la pre-esquemática, la etapa sintética y el garrapateo desde los dieciocho meses en adelante. Estas fases del desarrollo del dibujo fueron totalmente ignoradas y los garabatos abstractos de los niños más pequeños se rechazaron como un “sin sentido” de la fase del garrapateo que es la que lleva al fin más importante del dibujo representativo⁷⁶.

Sin embargo, varios autores han señalado que esta fase es una parte importante de la estructura procesal del desarrollo artístico en el individuo, si no la fase más importante. (Arnheim, 1974, Matthews, 1994).

El conocimiento aparece cuando el niño planea la compleja estrategia que se requiere para dibujar y ese significado emocional, personal y concreto se lo da el niño a los garabatos antes de la representación pictórica. Estas primeras marcas producen una actividad generada a partir de intentos.

En este desarrollo inicial del dibujo los niños más pequeños adquieren gradualmente



las estrategias necesarias para realizar los dibujos (conocimiento procesal) con las que construyen las formas representativas. Estas son flexibles, es decir, el niño es capaz de asimilar y acomodar nuevas habilidades (estrategias de dibujo) dentro del juego de procedimientos imaginativos (esquemas). Deloache y Marzolf (1992, 1994) estudiaron que la experiencia de relaciones simbólicas simples hace a los niños más sensibles a sus dificultades y

que tal evidencia fundamenta la posibilidad de que la experiencia simbólica es acumulativa. Respondiendo a una entidad abstracta el niño es capaz de interpretar más rápidamente otras nuevas entidades de forma similar y ver relaciones entre éstas.

Dibujo 4: *La vuelta a casa*. Ram

K. Evans (1997) realizó una experiencia con dibujos y trabajos artísticos de niños autistas, en los que encontró pruebas de que también estos niños presentaban habilidades adquiridas (esquemas) de la misma manera que ocurre en el desarrollo del niño normal, pero que en algunos casos los niños autistas utilizaron estos esquemas de forma rígida o inflexible. De esta manera se pudo comprobar que la conducta del niño unida a la actividad artística y a los esquemas que utilizaron, no desarrolló la imaginación, debido a que habían usado repetidamente los mismos esquemas y las imágenes resultantes fueron las mismas. Al igual que Evans, comparamos estas circunstancias con las descripciones de las conductas de algunos individuos adultos con autismo como Carlos (1999). Observamos que cuando Carlos se sentía incapaz de procesar la información sobre su propias experiencia (física, sensorial, emocional y cognitiva) o la que le llegaba del exterior, se agobiaba y cerraba el “cascarón” de su sistema para poder procesar tan sólo un canal y de este modo

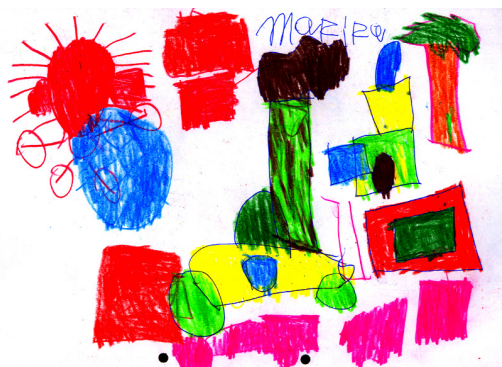
⁷⁶ Golomb, C. (1992). The child's creation of a pictorial world. University of California Press. Berkeley.

aliviar su situación. Esto puede compararse con el método que los niños pequeños suelen utilizar al explorar un sólo ámbito del desarrollo para poder aprender.

Arte terapia en personas autistas

El desarrollo de la arte terapia y la relación terapéutica⁷⁷ en estas circunstancias tiene características especiales. Dentro de las sesiones que se realizan, el arte-terapeuta y el paciente establecen una relación muy estrecha en las que intentan entender juntos el proceso artístico y el producto de la sesión como una expresión de los problemas que se ocultan detrás y que son los que han traído al individuo a la terapia.

La receptividad del arte-terapeuta hacia su paciente permite que éste haga una especie de pacto con su experiencia pasada identificando inconscientemente al arte-terapeuta con alguien de su pasado. La interacción que se produce entre el arte-terapeuta y el paciente tiene tal efecto en éste que puede volver a vivir su pasado y resolver los problemas que no se asimilaban adecuadamente en su momento. En esta aproximación, el trabajo artístico realizado por el paciente y su relación con él puede evocar recuerdos de su niñez que son los que están reforzando el problema del paciente.



Dibujo 5: *Paseo en la calle.* Ram

Exteriorizar el problema a través del trabajo artístico permite al paciente trabajar de forma concreta y física, comparándolo con otras formas de terapias basadas tan sólo en diálogos verbales. Según la metodología utilizada se dará más énfasis a diferentes procesos de interacción entre arte-terapeuta y paciente o entre paciente y medio. En nuestro trabajo con niños y adultos con autismo los problemas específicos que experimentaron fueron la interacción social y la dificultad para entender y usar el lenguaje hablado. Lo que significa que es preferible quedarse con el proceso que lleva a la realización de imágenes artísticas que hablar sobre ellas.

Esto puso claramente de relieve que no se puede olvidar la práctica de los modelos alternativos ya que también son necesarios. Por lo tanto, el arte-terapeuta ha de actuar en constante interrelación con la expresión plástica (o artística) para aproximarse al paciente y ha de interesarse sobre todo por el proceso artístico que el paciente realiza en lugar de hablar sobre ello, incluso involucrando su propia sensibilidad en el proceso para llevar a cabo las potencialidades del significado como obra de arte. Su interpretación está en la inmediatez de la traducción –en la propia acción- y en el entendimiento del arte a través de la creación artística (Sandle, 1998. capt.4)

⁷⁷ "Terapéutica" y "arte-terapeuta" serán vocablos que utilizaremos a partir de ahora para designar tanto a la acción como a la persona que realiza dicha acción, es decir la arte-terapia.

Utilización del dibujo y la imagen como materiales organizadores del sentido en personas autistas.

Estudios realizados a pacientes con daño cerebral en la recepción de la imagen indican que el pensamiento visual y verbal pueden trabajar utilizando caminos diferentes en los sistemas del cerebro. Las grabaciones del flujo de sangre en el cerebro indican que cuando una persona visualiza algo, el flujo de sangre aumenta sensiblemente en la corteza visual, en las partes del cerebro que más están trabajando. Otros estudios muestran a pacientes con una lesión en el hemisferio posterior izquierdo que puede detener la generación de imágenes visuales, de los recuerdos guardados a largo plazo, mientras que no esté dañada la sección del lenguaje ni la de la memoria verbal. Esto indica que esa imagería visual que está en la parte izquierda trasera del cerebro y el pensamiento verbal depende de sistemas neurológicos distintos.

El sistema visual también puede contener subsistemas separados para la imagería mental y las habilidades de rotación de la imagen. En autismo, es posible que el sistema visual se haya extendido para reemplazar el área verbal y los déficit de la secuenciación ya que el sistema nervioso tiene una habilidad notable de compensarse cuando se daña.

La Dr. Temple Grandin es una persona autista “de alto nivel de funcionamiento” que realizó un doctorado como diseñadora de equipos para la industria del ganado. Ella nos dice: “Las palabras son como un segundo idioma para mí. Yo traduzco tanto lo hablado como las palabras escritas en películas a todo color, completándola con sonido y haciéndola correr como una cinta de VCR en mi cabeza. Cuando era una niña y una adolescente, pensé que todos pensamos en cuadros y me decía *YO PIENSO EN CUADROS*. No tenía ni idea de que mis procesos de pensamiento eran diferentes. Cuando alguien me habla, sus palabras se traducen al instante en cuadros y el pensamiento visual es una tremenda ventaja. El pensamiento visual me ha permitido que construya sistemas enteros en mi imaginación y que valore mi habilidad de pensar visualmente, por ejemplo, recuerdo exactamente cómo los animales se comportaron en una situación específica y cómo se construyeron las cascadas y otros equipos que fui a realizar.

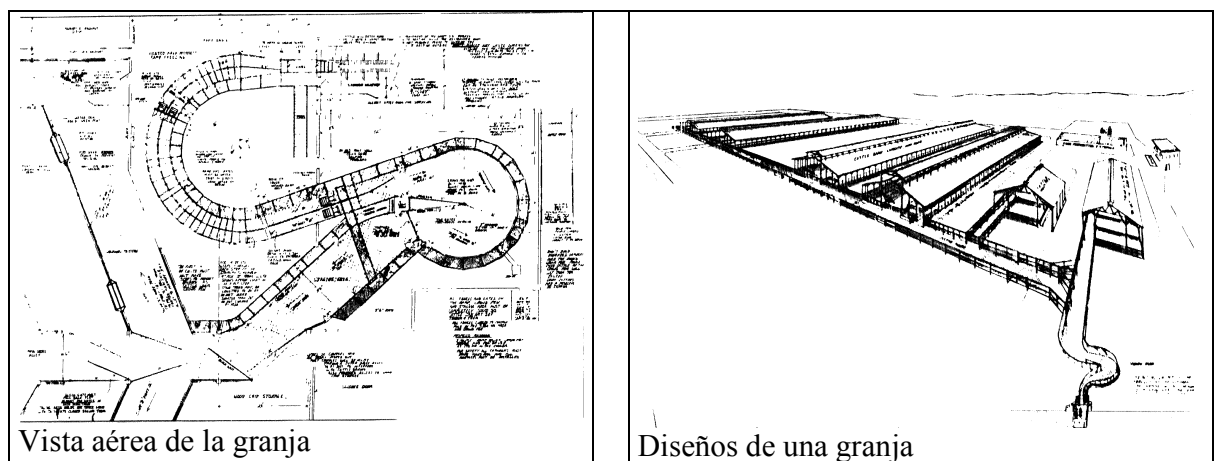


Figura 1. Realizado por Temple Grandin.

Cuando crecí, aprendí a convertir las ideas abstractas en cuadros como una manera de entenderlas y conseguí visualizar conceptos como paz u honestidad con imágenes simbólicas.”⁷⁸También cuenta que cuando guarda la información en su cabeza lo hace igual que un CD-Rom, así cuando tiene que recordar algo aprendido, repite el vídeo que está en su memoria. Esos vídeos siempre son específicos porque sus recuerdos normalmente aparecen en su imaginación en un orden cronológico estricto, y las imágenes que visualiza siempre son específicas. No hay nada que sea genérico, generalizado.

Los niños con bajo nivel de funcionamiento aprenden a menudo mejor por asociación, con la ayuda de palabras convertidas en “etiquetas” atadas a los objetos y cada una colocadas en su lugar correspondiente. Las personas con autismo tienen tremenda dificultad con el cambio. Por eso los maestros que trabajan con niños autistas necesitan entender los modelos del pensamiento asociativo. La comunicación es el núcleo esencial del desarrollo y para la mejoría del niño autista la educación será la principal vía de intervención. Podemos imaginar su mundo interno, especialmente caótico, en el que se hace necesario utilizar desde “fuera” métodos alternativos para dar más sentido a sus acciones, como la utilización de sistemas de predicción, o métodos que les señalen las metas finales de su conducta. Por eso siempre se ha de trabajar con una estructura al planear las experiencias de aprendizaje. La **estructura** proporciona la organización ya sea en el aula o en cualquier otro ambiente de aprendizaje y según el nivel de comprensión del niño puede ayudar, aliviar o moderar estos problemas y el resultado de las situaciones de aprendizaje ineficaz.

La comunicación-expresión de RAM

Ram es un adolescente de 17 años y un típico caso de “autismo de Kanner”. A los 30 meses se le diagnosticó un autismo infantil precoz con retraso moderado asociado. Pasó por fases muy violentas hasta el punto de agredirse a sí mismo, golpeándose contra la pared y mordiéndose en cualquier parte del cuerpo donde podía llegar. Tuvieron que llegar a protegerlo con un casco y guantes reforzados para que no se hiciera más daño. A los siete años su lenguaje era reducido, con entonación monocorde y ecolalia inmediata, usando el lenguaje de forma instrumental, más que comunicativa

--	--

⁷⁸Grandin, T.(1996): My Experiences with Visual Thinking Sensory Problems and Communication Difficulties . Colorado State University. Fort Collins, Colorado 80523, USA



Figura 2. Ram trabajando

Cuando llegó al centro especializado en autismo infantil se le ubicó en una sala donde su cuidadora pudo comenzar a trabajar con él. Ram se mostró manipulador, con continuas llamadas de atención e intentos de agredir al adulto cuando se frustran sus deseos. Con una hiperactividad y negativismo ante la realización de tareas propuestas en un principio todo fue muy agotador, tanto para el niño como para la cuidadora. Aunque este tipo de procedimiento creó todo tipo de comportamientos, poco a poco la cuidadora fue dominando la situación gracias a la estructuración metódica del espacio en que trabajaba y a la comunicación que demostró ser la base de todos sus problemas y de todas las soluciones. En estos momentos podemos comunicarnos verbalmente con él, habiendo conseguido cierta autonomía en el ámbito social y familiar.

El análisis de los trabajos de Ram nos ha llevado a comprobar que disfruta con ellos y se siente “feliz”, siendo capaz de empezarlos y dejarse llevar por ellos a la vez que interactuar con su música favorita, llegando a cantar y vibrar con ambas cosas a la vez, incluso imponiendo sus gustos. Basándonos entonces en el modo de funcionamiento de un artista, que consiste en ir avanzando paso a paso y progresivamente, vinculamos éste proceso al del trabajo artístico de Ram, activando así los *vitality affects* en las sesiones de arteterapia y favoreciendo la aparición de la identidad.

La manera de funcionamiento de Ram consiste en movimientos muy seguros y agresivos, cuando está enfadado o no le gusta lo que ha de hacer, y movimientos relajados, repetitivos y amplios cuando le gusta lo que hace. Esta actitud se repite de la misma forma siempre ya sea con materiales de dibujo, de pintura o de cualquier trabajo artístico o manual. A través de esta estrategia comienzan a desarrollarse los principios de las estructuras procesales del conocimiento implícito y la organización de los sentimientos personales, donde la repetición es esencial. Después de intentarlo muchas veces con gran excitación y a veces con tensión se produce una experiencia de satisfacción física personal al terminar el movimiento. Esta satisfacción construye una base para alcanzar el placer aun cuando sea necesario ponerlo en un aprieto por ello, fomentando la motivación intrínseca y la paciencia. En otras ocasiones, cuando Ram está realizando un movimiento que le gusta y no puede terminarlo voluntariamente se le crea una tensión que va creciendo escaladamente hasta que el arteterapeuta provoca una ruptura en la dinámica que había empezado.

La mejor ayuda para crear la posibilidad de que Ram continúe el movimiento que había empezado es conseguir un ritmo estructurado compartido, es decir, que el arteterapeuta intervenga directamente imponiendo un ritmo compartido con determinadas

pausas en el proceso de la sesión, para que el chico empiece a desarrollar *conjuntos armónicos*. Esto es muy importante porque cada *conjunto armónico* es un procedimiento conductual basado en estructuras procesales del conocimiento implícito y que, desde el principio hasta el final, produce satisfacción, ya sea por la interacción con uno mismo o con otros. No se trabaja nunca con técnicas de “ensayo/error” sino con el tipo de procedimiento mencionado y cada vez que el niño entiende algunos de ellos, aparece espontáneamente la energía necesaria para asimilar estructuras nuevas. Más aún, este proceso de aprendizaje se ha adquirido en una interacción armonizada donde el aprendizaje se conecta con la satisfacción y que, a su vez, estimula una motivación intrínseca y la paciencia. Esto configura habilidades como la concentración y pospone reacciones inmediatas como la anticipación deliberada.

Cuando Ram consigue un esquema que puede usar pero que no tiene interiorizado es porque aun no hay un sistema (estructura procesal) por el que puede pedir y conservar la información dada. En un nivel muy sutil de interacción comienza a suceder algo a causa de los estímulos proporcionados y que en los niños autistas no se pueden formar para poder empezar a construir una tolerancia adecuada. A partir de aquí el niño atraviesa por tal diversidad de sensaciones y emociones dentro de sí mismo que puede generar a su vez fracasos con el ambiente que le rodea y en la interacción con las personas.

Algunas estrategias para desarrollar la motivación en las personas autistas

“Todo el aprendizaje y todos los actos creativos comienzan en el ámbito de la referida identidad emergente. Este dominio sólo se preocupa por “llegar a organizar su ser ” que es el corazón de la creación y del aprendizaje” (Stern'85).



Dibujo 6: *El Parque*
parque. Ram



Dibujo 7: *El*

Cuando a Ram se le pide que reconozca los elementos que componen el dibujo (Dibujo 6), después de haber trabajado el concepto *parque* en varias sesiones anteriores, y se le invita a colorear todos los objetos que reconozca con el color que crea que le corresponden, lo primero que hace es añadir un quinto personaje que él cree que falta. Efectivamente así era pues, en su aula, son cuatro niños y la profesora las personas que diariamente conviven y trabajan juntos. A continuación utiliza los colores libremente y a voluntad sin que se le dirija ni se le coarte. Es al termina de colorear todo cuando comenzó,

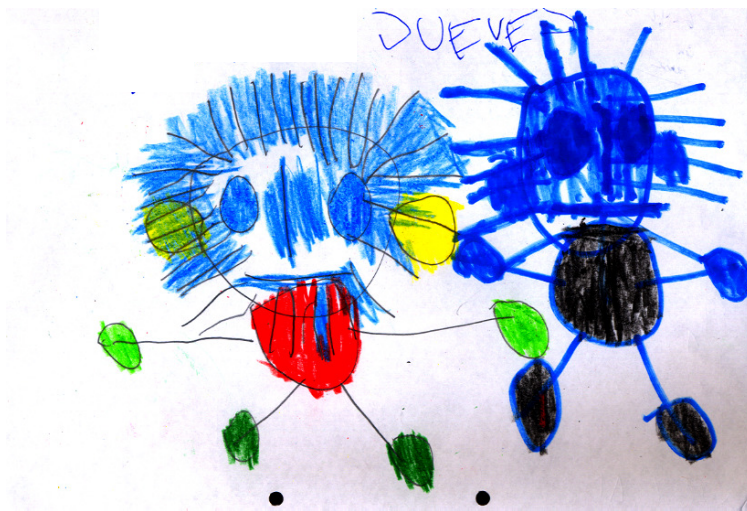
en este mismo papel, a dibujar la casita amontonando todos los planos en uno solo. Para comprobar qué era lo que pretendía, se le dio otro papel en blanco para que lo realizase allí pues ya no podía frenar su escalada ascendente de tensión satisfactoria. Se le preguntó qué estaba dibujando y contestó que era el parque donde jugaba con sus compañeros de clase (Dibujo 7).

No sólo expresó a través del dibujo la percepción que él tenía de un lugar determinado sino dónde estaban ubicados los objetos allí. También su comunicación no verbal nos describió cómo Ram podía copiar, dirigiendo la mirada hacia la imagen dibujada de la casita que estaba en el papel que se le había retirado anteriormente y que quedaba a una distancia prudencial, unos 50 cm, de su vista. Un dibujo que momentos antes había intentando realizar encima del primer papel (dibujo 6) y donde las formas se le juntaban unas encima de otras como si a su visión le faltara la distancia adecuada para poder verlas bien. Efectuó la copia de forma repetitiva y se pudo comprobar a través de las oportunas preguntas, que el concepto “parque” lo tenía totalmente asimilado y su satisfacción era muy grande porque además se le había permitido poner su música preferida cuando y como él quería.

De esa manera él pudo expresar una información emocional y verdadera al mismo tiempo. Su expresión verbal no era suficiente para canalizar su pensamiento, aun cuando durante su trabajo nombró a veces lo que hacía físicamente. Su movimiento y ritmo expresivo en la forma de coger y usar el material, sus pausas, búsquedas del color, incluso el movimiento de sus dedos “emocionados” al extender la pintura sobre el papel o el objeto a pintar. Todo esto nos ha proporcionado una información muy valiosa ya que su trabajo tiene varios niveles de significado y él nos ha transmitió un significado simbólico sobre algo que aparentemente no tenía relación con lo que estaba haciendo.

Si nos centramos en los dibujos que Ram ha realizado, vemos que todos ellos son esquemáticos, al modo en que K.Evans describió el término “esquema cerrado”, donde la aparente similitud entre los dibujos, una vez estudiados al detalle, demuestra una gran variedad en las formas, el color, la disposición, etc. Detalles que revelan la sensible observación del ambiente y de todo lo que ocurre a su alrededor y que es capaz de expresar, comunicándose con el exterior (arteterapeuta) a través de sus dibujos.

Dibujo 8: *Dibujo de Ram y su amigo.* Ram



Resumiremos las estrategias utilizadas para desarrollar la motivación de personas autistas en cinco puntos:

- a. Permitir que la persona elija las actividades/ materiales de la situación de aprendizaje.
- b. Utilizar refuerzos directos que indiquen que las consecuencias de la conducta de la

- persona están directamente relacionadas con sus respuestas.
- c. Intercalar tareas de mantenimiento entre las tareas de adquisición.
- d. Reforzar los intentos de responder y no sólo las respuestas correctas.
- c. Las recompensas se dan de forma inmediata y contingente.

Conclusiones

Los métodos que hemos aplicado nos permiten evaluar y marcar la complejidad del comportamiento interactivo y los rasgos personales tanto del paciente como del terapeuta a la vez. Sobre todo la observación al mínimo detalle a cerca de lo que realiza, hace o dice y su anotación o cualquier acontecimiento que pueda tener relación directa y emocional con el niño /adulto, la propia observación del arte-terapeuta y su propio análisis, todo lo que pueda aportar al arte-terapeuta para conocer cómo puede comunicarse la persona con autismo, expresando sus emociones e interactuando con ella.

A través de los materiales artísticos pueden ampliarse sus experiencias de una manera agradable o desagradable. En algunos casos ésta ocasión desagradable nos brinda la oportunidad de investigar en otros materiales y actitudes del niño/adulto, permitiéndole su acercamiento a la creación de imágenes por otros medios y flexibilizando su actitud. Algunos niños lograron esa asimilación pero otros apenas se relajaron. El desarrollo de estructuras procesales permite formas de compromiso humano y así se puede asimilar una nueva información y desarrollar la propia atención y el conocimiento.

No obstante la consideración de “experimental” que atribuimos al trabajo desarrollado permite introducir los cambios que se consideren necesarios una vez se continúe la evaluación de la misma con nuevos casos.

Bibliografía

- ACHA, J.(1992). *Introducción a la creatividad artística*. Trillas: Mexico.
- ARNHEIM, R. (1974). *Art and Visual Perception: A Psychology of the Creative Eye*. California
- ARNHEIM, R.(1993). *Consideraciones sobre Educación Artística*. Barcelona: Paidós.
- BIANCONI R.A., DE GREGORIO A., MANAROLO G., PUXEDDU V. (1994). *Le arti terapie in Italia*. Roma :Gutenberg.
- BURGESS, P. W. (1997). Theory and methodology in executive function Research. En P. Rabbitt (ed) . *Methodology of frontal executive function*. Hove. Psychology Press.
- CSIKSZENTMIHALYI, M.. (1998). *Creatividad. El flujo y la psicología del descubrimiento y la invención*. Paidós. Barcelona
- DELGADO, A., HIDALGO, S. y BERNARDO, M. (1990). Enseñando habilidades cognitivo-sociales y socio-emocionales en el aula. *VI Congreso Nacional de Terapeutas de Autismo*. AETAPI. Palma de Mallorca.

- DELOACHE, J. S. AND MARZOLF, D. P. (1992). 'When a Picture is not worth a Thousand Words: Young Children's Understanding of Pictures and Models. *Cognitive Development*, 7, 269-272.
- DIEZ-CUERVO, A. y MARTOS, J. (1989). Definición y etiología. En Varios Autores. *Intervención Educativa en Autismo Infantil*. Madrid: Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial.
- DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Masson.
- EDWARD, B.(1984). *Aprender a dibujar con el lado derecho del cerebro*. Blume: Madrid.
- EVANS, K.R AND RUTTEN-SARIS, M. (1998). Shaping Vitality Affects, Enriching Communication. Art therapy with children with autism. Sandle. D. (Ed) *Development and diversity. New applications in Art Therapy*. Free Association Books.
- EVANS, K.R. (1997). Art therapy and the development of communicative abilities in children with autism. PhD Thesis. University of Hertfordshire, UK.
- FRITH U. (1991). *Autismo*. Madrid: Alianza Psicología minor.
- GARDNER, H. (1984). *Cultural influences on Children's Drawings. A development perspective*. Pennsylvania: Pennyslvania State university.
- GOLOMB, C. (1992) *The Child's Creation of a Pictorial World*. Berkeley: University of California.
- HAPPÉ, F. (1994). *Autism: an introduction to psychological theory*. London. University College London.
- HEATON, R. K. (1981). *Wisconsin Card Sorting Test manual*. Odessa, Florida. Psychological Assessment Resources.
- JARROLD, C Y RUSSELL, J.(1996).Disfunción ejecutiva y déficit de memoria en el autismo. Conferencia pronunciada en el 5º Congreso Internacional de Autismo Europa. Barcelona, Mayo de 1996.
- JUNGE, M. & ASAWA, P. (1994). A history of art therapy in the United States. Mundelein, IL: The American Art Therapy Association, Inc.
- KAMII, C.; DeVRIES, R. (1977). *La teoría de Piaget y la educación preescolar*. Ed. Aprendizaje Visor. Madrid.
- KANNER, L.. (1943b). Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child*, 2, 217-250.
- LOWENFELD, V: BRITAIN, W.L. (1982). *Desarrollo de la capacidad creadora*. Ed. Kapelusz. Madrid.
- MARCO TELLO, P: (1997). La iconografía infantil como expresión de un mundo. Las imágenes en los juegos de los niños. *Juego de niños*. Oyarzun. Sendoa.
- MATTHEWS, J. (1994). Children's Drawings: Are young children really scribbling? *Early Child Development and Care* 18 1-39.
- MAYER JOHNSON, R. (1985). *Símbolos pictográficos para la Comunicación*. Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia.
- OLLEY, J. G. (1986). The TEACCH Curriculum for teaching social behavior to children with autism". En E. Schopler y G. Mesibov (Eds.). *Social Behavior in Autism*. New York: Plenum Press.
- OZONOFF, S. Y STRAYER, D.L.(1997). Inhibitory function in nonretarded children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 27,59-77.
- PALACIOS, J.; MARCHESI, A.; COLL, C. (1991). *Desarrollo psicológico y educación*. Madrid: Alianza editorial.

PARINI, P. (2002). *Los recorridos de la mirada*. Barcelona: Paidós.

RIVIERE, A. (1985). Acción, gesto y símbolo en autistas. *II Simposium Nacional de autismo*. Castellón.

RIVIÉRE, A. Y MARTOS, J (Comp.) (1997). *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO

RIVIERE, A., BELINCHON, M., PFEIFFER, A., SARRIA, E. Y OTROS (1988). *Evaluación y Alteraciones de las Funciones Psicológicas en Autismo Infantil*. Madrid: Centro de Investigación y Documentación Educativa.

RIVIÉRE, A.; (1991). *Objetos con mente*. Alianza Editorial: Madrid

RUTTER, M. (1978). Diagnosis and definition. En M. Rutter & E Schopler (Eds.): *Autism: A Reappraisal of Concepts and Treatment*. New York: Plenum Press. (Traducción española: Autismo. Madrid: Alhambra Universidad. 1984).

SARRIA, E.; RIVIERE, A. (1986). Análisis comparativo de la conducta de niños autistas, deficientes y normales en una situación de interacción. *Infancia y Aprendizaje*, 33 ,77-98.

SCHAFFER, M. R. (1983). El desarrollo de la sociabilidad. Madrid: Editorial Pablo del Río.

TAMARIT, J. (1991). Comunicación y autismo: Claves para un logopeda aventurero. Jornadas de Renovación Logopédica Ciudad de Plasencia, pp. 109-119. Plasencia.

VIGOSTKII, L.S. (1982). *La imaginación y el arte en la infancia*. Madrid: Akal.

YACK, E. SUTTON, S. Y AQUILLA, P.(1998). Construyendo puentes a través de la integración de los sentidos. Información adicional disponible en Jean Ayres (1979) y Murray, & Bundy (1991).

Webgrafía

http://www.autismoavila.org/docs/Derechos_Autismo.pdf (Carta de Derechos de las personas con Autismo)

<http://www.ucm.es/info/mupai/IsabelAnino.htm>

<http://personal.iddeo.es/autismoburgos/gale1.html>

<http://www.arrakis.es/~qintanal/>

<http://www.fortunecity.com/skyscraper/century/339/index.html>

<http://www.uniovi.es/~Psi/REMA/v1n1/a3/p1.html>

<http://www3.rcp.net.pe/rcp/RENACE/I-2.html>

http://www.unbosque.edu.co/EDUCACION_A_DISTANCIA/pedagogiaLengua4.htm

<http://aut.tsai.es/scripts/articulo/>

<http://www.pntic.mec.es/recursos/infantil/comunicacion/lecto-escritura.htm>

<http://www.autisme.com>

<http://www.geocities.com/Athens/Atrium/5189/index.html>

<http://www.arachosia.uni-lille2.fr/autisme>

<http://www.unapei.org>

http://www.oneworld.org/autism_uk

<http://www.apadea.org>

<http://www.autismo.com/scripts/articulo/slistaesp.idc?>

<http://www.autismoburgos.org/>

<http://personal.iddeo.es/autismoburgos/gale1.html>

